

EDUCACIÓN MULTICULTURAL MODERNA

**PARA ESTUDIANTES
DE MEDICINA
Y CIENCIAS
DE LA SALUD**



Editora científica:
Małgorzata Szkup

Elaborado en el marco
del proyecto Erasmus+ KA220

MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union





EDUCACIÓN MULTICULTURAL MODERNA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Editora científica: Małgorzata Szkup

Elaborado en el marco
del proyecto
Erasmus+ KA220
MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union

Proyecto financiado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados en este documento son exclusivamente los del autor (autores) y no reflejan necesariamente la posición de la Unión Europea ni de la Agencia Ejecutiva en el ámbito Educativo, Cultural y Deportivo (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA se hacen responsables de los mismos.

Autores

Małgorzata Szkup, Małgorzata Zimny, Magdalena Stankiewicz, Magdalena Kuczyńska, Karmen Erjavec, Sabina Krsnik, Maria A. Marchwacka, Emilia Burbela, Olha Fedortsiv, Volodymyr Dzhyvak, Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou, Marzena Mikła, Paloma Moral de Calatrava

Revisión experta: Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Dr Irena Papadopoulos

Título: Educación multicultural moderna para estudiantes de medicina y ciencias de la salud Edición 1.^a edición

Emitido por la Universidad de Murcia, España

Traducción y corrección versión española: Marzena Mikła

Composición: Eliza Rząd

Diseño gráfico y redactor técnico: Sabina Krsnik

Fotografías y material visual Canva Pro, utilizados bajo licencia. Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-83-64906-85-5

Editor: Universidad Médica de Pomerania en Szczecin, Polonia

Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin

www.pum.edu.pl/uczelnia/wydawnictwo

e-mail: wydawnictwo@pum.edu.pl

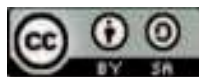
Cofinanciado por la Unión Europea

La presente publicación ha sido financiada por la Comisión Europea en el marco del programa Erasmus+, acción clave Acción 2: Asociaciones para la cooperación en la educación superior.

Título del proyecto: MultiCultiMed – Educación multicultural moderna para estudiantes de medicina y ciencias de la salud.

Número de proyecto: 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323

Este trabajo está protegido por una licencia Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.



Esta publicación ha sido editada bajo licencia Creative Commons Attribution-ShareAlike CC BY-SA (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

Índice

Prefacio	9
Acerca del proyecto MultiCultiMed	11

1

CAPÍTULO 1 — MODELO EMPOWER

Małgorzata Szkup (Polonia)

1.1 Introducción	15
1.2. Modelo EMPOWER: elementos clave	18
1.3. Humildad cultural en la educación cultural de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud	20
1.4.El bienestar profesional como base para la eficacia de la educación multicultural de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud	24
1.5. Desarrollo de competencias culturales reflexivas entre los profesionales de la salud en un entorno propicio para la salud y el bienestar	27
1.6 Recursos educativos	30
1.7. Herramientas auxiliares	38

2

CAPÍTULO 2 — DIVERSIDAD E INTEGRACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Małgorzata Zimny (Polonia)

2.1. Introducción	43
2.2. Beneficios de la diversidad y la integración en la asistencia sanitaria	44
2.3. Superar las barreras	49
2.4. Liderazgo integrador	52
2.5. Comportamiento profesional en un contexto de diversidad cultural	55
Reflexión final: importancia para las competencias culturales y el modelo EMPOWER	66

3

CAPÍTULO 3 — GLOBALIZACIÓN Y MULTICULTURALIDAD EN LA EDUCACIÓN MÉDICA Y LOS EQUIPOS TERAPÉUTICOS

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ucrania)

3.1. Introducción	69
3.2. Resultados	71
3.3. Multiculturalidad y diversidad en equipos terapéuticos	75
Reflexión final: importancia para las competencias culturales y el modelo EMPOWER	80

4

CAPÍTULO 4 — IDENTIDAD CULTURAL Y ATENCIÓN SANITARIA*Magdalena Stankiewicz (Polonia)*

4.1. Introducción	83
4.2. El paciente como sujeto en el sistema sanitario	87
4.3. Identidad cultural y asistencia sanitaria	89
4.4. Determinantes culturales de la salud y la enfermedad	90
4.5. Retos en la práctica médica	92
4.6. Mecanismos psicológicos que influyen en la configuración de las relaciones multiculturales en el entorno médico	95
4.7. El racismo y la violencia estructural como factores determinantes de la salud mental: el papel de los profesionales sanitarios	98
Reflexión final: importancia para la identidad cultural y la atención sanitaria, y el modelo EMPOWER	103

5

C APÍTULO 5 — COMPETENCIAS INTERCULTURALES: CAMBIO DE PERSPECTIVA Y COMPETENCIAS REFLEXIVAS*Maria Anna Marchwacka (Alemania)*

5.1. Introducción	107
5.2. Cultura: referencias culturales e interseccionalidad	108
5.3. Diversidad cultural: el ejemplo de Alemania	112
5.4. La educación intercultural como proceso de interacción	114
5.5. Desarrollo de las competencias reflexivas	117
5.6. Cambiemos de perspectiva y alejémonos del esencialismo	120
5.7. Conclusiones	122
Reflexión final: importancia para las competencias culturales y el modelo EMPOWER	126

6

C APÍTULO 6 — REFUGIADOS, MIGRACIÓN Y SALUD*Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Chipre)*

6.1. Introducción	129
6.2. El impacto de la migración en la salud	130
6.3. Barreras sanitarias para migrantes y refugiados	132
6.4. Integrar la salud global, la migración, los refugiados y las necesidades transculturales	133
Reflexión final: relación entre migración y salud con el modelo EMPOWER	135

7

C APÍTULO 7 — EL IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO Y LA PANDEMIA EN LA SALUD MUNDIAL*Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Chipre)*

7.1. Introducción	139
7.2. Las pandemias y su impacto global	140
7.3. El cambio climático como amenaza global para la salud	143

7.4. Conclusiones	144
Reflexión final: relación entre las crisis sanitarias mundiales y el modelo EMPOWER	146

8

CAPÍTULO 8 — ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD

Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Chipre)

8.1. Introducción	149
8.2. El envejecimiento de la población como reto global	152
8.3. Actitudes de los profesionales sanitarios hacia los pacientes de edad avanzada	157
8.4. Influencia de la cultura en la percepción del envejecimiento	158
8.5. Retos a los que se enfrentan los inmigrantes mayores que envejecen en países de acogida	159
8.6. ¿Qué dicen al respecto los tratados y convenios europeos?	163
Reflexión final: El envejecimiento de la sociedad y el modelo EMPOWER	166

9

CAPÍTULO 9 — COMUNICACIÓN MULTICULTURAL EFICAZ Y PRÁCTICAS DE COOPERACIÓN: ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN Y EL DIÁLOGO

Karmen Erjavec, Sabina Kršnik (Eslovenia)

9.1. Introducción	169
9.2. Comunicación intercultural en la asistencia sanitaria	172
9.3. Estrategias para una comunicación intercultural eficaz	175
9.4. Participación en el diálogo y la colaboración en la comunicación médica en un contexto multicultural	193
Reflexión final: Comunicación y cooperación multicultural a la luz del modelo EMPOWER	203

10

CAPÍTULO 10 - LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN LAS ACTITUDES HACIA LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ucrania)

10.1. Introducción	207
10.2. El concepto de salud y enfermedad en diferentes culturas	208
10.3. Percepción del cuerpo	212
10.4. Influencia de la cultura en la formación de creencias sobre la salud mental	214
Reflexión final: Determinantes culturales de la salud y modelo EMPOWER	222

11

CAPÍTULO 11 — PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN SOCIEDAD MULTICULTURAL

Paloma Moral de Calatrava (España)

11.1. Introducción	225
11.2. Modelos de aculturación	227

11.3. El estrés de la aculturación y la gestión de la salud mental	230
11.4. Síndrome de Ulises	234
Reflexión final: La salud mental en una sociedad multicultural y el modelo EMPOWER	239

12

CAPÍTULO 12 — PRÁCTICAS RELIGIOSAS, ESPIRITUALES Y CULTURALES RELACIONADAS CON LA SALUD

Marzena Mikła (España)

12.1. Introducción	243
12.2. Breve guía de prácticas religiosas, espirituales y culturales relacionadas con la salud: catolicismo, Iglesia ortodoxa, Iglesia greco-católica, protestantismo, judaísmo, islam, hinduismo, budismo, testigos de Jehová y la comunidad gitana (los romaníes)	245
Reflexión final: Las prácticas religiosas, espirituales y culturales en el modelo EMPOWER	266

13

CAPÍTULO 13 — LA MULTICULTURALIDAD EN LA MEDICINA: CUESTIONES ÉTICAS

Magdalena Kuczyńska (Polonia)

13.1. Introducción	269
13.2. La dignidad humana como valor supremo en las relaciones multiculturales en la medicina	275
13.3. Tolerancia y multiculturalidad en la medicina	277
13.4. Tres elementos de la actitud moral en relación con la multiculturalidad medicina	278
13.5. Conclusiones	279
Reflexión final: La ética de la multiculturalidad en la medicina y el modelo EMPOWER	282

14

CAPÍTULO 14 — LOS DERECHOS HUMANOS.

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ucrania)

14.1. Introducción	285
14.2. Resultados de la investigación	289
Reflexión final: Los derechos humanos en el contexto del modelo EMPOWER	294
Lista de autores	297



Prefacio

La asistencia sanitaria contemporánea se encuentra en la encrucijada de cambios sociales, culturales y demográficos dinámicos. En la era de la globalización, las migraciones masivas, el envejecimiento de la población y la creciente importancia de los derechos humanos y la justicia social, la educación médica ya no puede limitarse exclusivamente a la transmisión de conocimientos clínicos. Es imprescindible preparar a los futuros profesionales de la salud para que actúen de manera eficaz, empática y justa en un entorno profesional cada vez más diverso desde el punto de vista cultural.

Este manual ha sido elaborado precisamente para responder a estos retos. Es el resultado de una colaboración excepcional entre un equipo internacional de expertos y combina los últimos enfoques en materia de educación intercultural, conocimientos académicos y experiencia práctica. Se basa en el modelo original EMPOWER, un marco conceptual y educativo que promueve la eficacia, la multiculturalidad, la profesionalidad, el bienestar en el lugar de trabajo y el acceso a recursos educativos de apoyo. Este modelo fomenta el desarrollo de competencias culturales reflexivas y anima a tratar a los pacientes como socios iguales en el proceso terapéutico.

Este libro no es solo una fuente de conocimiento académico, sino una invitación al diálogo, la reflexión y el cambio. Ofrece al lector un espacio para reflexionar sobre la humildad cultural, la conciencia de uno mismo y la responsabilidad compartida en la construcción de un sistema sanitario abierto a la diversidad. También constituye la base teórica de un ecosistema educativo más amplio, enriquecido con herramientas prácticas y ejercicios interactivos disponibles a través de la plataforma MultiCultiMed.

Les animo a que adopten un enfoque personal y comprometido con esta publicación, ya sea como estudiantes, futuros profesional y como persona.

Atentamente
Małgorzata Szkup

Acerca del proyecto MultiCultiMed



El presente manual ha sido elaborado en el marco del proyecto MultiCultiMed: educación multicultural moderna para estudiantes de medicina y ciencias de la salud (n.º de proyecto 2024-1-PL01-KA220-HED000251323). Se trata de una iniciativa internacional llevada a cabo por seis universidades de Polonia, España, Eslovenia, Chipre, Ucrania y Alemania. El proyecto se puso en marcha en respuesta a la creciente demanda de profesionales sanitarios con competencias culturales y a la necesidad de modernizar los sistemas educativos en toda Europa.

MultiCultiMed responde a los principales retos globales —la migración, el envejecimiento de la población y las desigualdades en materia de salud— mediante un enfoque innovador e integrado de la educación multicultural. Dota a los estudiantes no solo de conocimientos teóricos, sino también de herramientas prácticas que fomentan la empatía, la comprensión de la diversidad y el trabajo eficaz en equipos multiculturales.

Los principales resultados del proyecto incluyen:

- un manual multilingüe basado en conocimientos académicos,
- una plataforma educativa interactiva con ejercicios adaptados al contenido del manual,
- una guía metodológica para profesores y mentores,
- y una Biblioteca Humana, una recopilación de historias reales de personas que representan a grupos culturalmente diversos.

Todos estos elementos conforman un sistema educativo flexible y multidimensional que fomenta el desarrollo de la conciencia cultural y las competencias profesionales de los estudiantes de medicina, enfermería, psicología, dietética, fisioterapia y otras ciencias de la salud.

Le invitamos cordialmente a familiarizarse con este material y a unirse a nuestros esfuerzos conjuntos para dar forma a un futuro de la asistencia sanitaria más inclusivo, justo y centrado en las personas, tanto en Europa como fuera de ella.

El equipo de MultiCultiMed





Capítulo 1

El EMPOWER Modelo

**: un marco innovador para
la educación multicultural de
los estudiantes de medicina
y ciencias de la salud**

MAŁGORZATA SZKUP

Universidad Médica de Pomerania en Szczecin (Polonia)

“

**Una educación que enseña a comprender el mundo, a las
personas y sus diversas perspectivas es la mejor herramienta
para promover la paz, la empatía y la cooperación.**

— Kofi Annan

1.1 Introducción

La educación multicultural moderna para estudiantes de medicina y ciencias de la salud es un enfoque educativo que integra los principios de **diversidad cultural**, **equidad** e **inclusión** en la formación médica. Cada vez se reconoce más como un componente crucial en la educación de los profesionales de la salud, ya que brinda la oportunidad de desarrollar habilidades sensibles a la cultura y la discriminación para trabajar eficazmente con poblaciones de pacientes diversas. A medida que las sociedades se vuelven más multiculturales, la educación médica ha evolucionado hacia un plan de estudios que hace hincapié en **la competencia cultural**, lo que permite a los futuros profesionales de la salud comprender y abordar las diferentes necesidades sanitarias influidas por los antecedentes culturales (Liu et al., 2022; Verbree et al., 2023; Papadopoulos, 2024). El notable aumento de la importancia de la educación multicultural en los planes de estudios de medicina se debe a la conciencia de las importantes disparidades en los resultados sanitarios entre los diferentes grupos culturales. Las investigaciones indican que la atención culturalmente competente no solo mejora la satisfacción de los pacientes, sino que también mejora la prestación de la asistencia sanitaria al abordar los retos únicos a los que se enfrentan las comunidades minoritarias (Majda et al., 2021). En consecuencia, las universidades están revisando sus estrategias educativas para incluir la formación en competencia cultural como uno de los objetivos de la educación (Liu et al., 2022; Zanetti et al., 2014). A pesar de los avances positivos, la implementación de la educación multicultural no está exenta de retos. Los críticos destacan cuestiones como el apoyo institucional inadecuado, los estereotipos persistentes y la necesidad de aplicar métodos más eficaces de educación y evaluación de las competencias culturales (Srinivasan et al., 2024). Se trata de un proceso continuo, que debe ser objeto de seguimiento para su evaluación y adaptación.

Los elementos centrales del modelo EMPOWER son: empoderar a los estudiantes en la educación multicultural y promover el empoderamiento de los pacientes.

El debate en torno a estos retos subraya la importancia de seguir trabajando para perfeccionar las prácticas educativas y fomentar un entorno inclusivo que priorice **la humildad cultural** y **la concienciación** en la formación sanitaria. La transformación de la educación sanitaria, incorporando estos elementos, es crucial para formar una fuerza laboral capaz de navegar por las complejidades de un mundo cada vez más interconectado. Dotar a los futuros profesionales de la salud de las habilidades y los conocimientos necesarios, y moldear sus actitudes hacia el trabajo con comunidades diversas, puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de la equidad y la mejora de los resultados sanitarios dentro del sistema de salud (Verbree et al., 2023; Majda et al., 2021).

El modelo EMPOWER es un enfoque innovador y exclusivo de la educación multicultural, diseñado específicamente para estudiantes de medicina y ciencias de la

salud, con el objetivo de mejorar las competencias culturales reflexivas y la humildad cultural entre los futuros profesionales de la salud.

El modelo EMPOWER tiene como objetivo mejorar la eficacia de la educación multicultural y adaptarla a los retos reales de la práctica diaria. Se centra en **reforzar el papel tanto de los estudiantes como de los profesores, el personal sanitario cualificado y los pacientes**, contribuyendo a la creación conjunta de un entorno más abierto y propicio para la adquisición de competencias. El empoderamiento de los estudiantes hace hincapié en el aprendizaje autodirigido y la participación activa, dotándoles de las habilidades necesarias para desenvolverse con eficacia en entornos clínicos diversos.

El fortalecimiento del papel de la autonomía de los pacientes promueve el auto-control de su salud y la participación en la toma de decisiones médicas, lo que permite una implicación activa en la asistencia sanitaria. Mediante la integración de estos elementos, el modelo EMPOWER pretende fomentar actitudes de compromiso personal, humildad, reflexión, responsabilidad y apertura. La aplicación de sus principios a la educación multicultural servirá para salvar la brecha entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica.

Como nuevo concepto en la educación médica, el modelo EMPOWER no solo tiene como objetivo mejorar la eficacia de la formación de los futuros profesionales de la salud, sino que también aborda la urgente necesidad de garantizar la equidad y mejores resultados sanitarios para los pacientes, en particular los pertenecientes a grupos marginados. Su enfoque en experiencias educativas profundamente participativas le confiere el potencial de convertirse en una herramienta valiosa para crear un sistema sanitario más inclusivo que satisfaga las diversas necesidades de los pacientes y las comunidades.

Dado el dinámico desarrollo de la educación multicultural y su amplio alcance, será necesario evaluar críticamente y adaptar continuamente el modelo a los distintos contextos educativos.

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- Comprender los principios básicos de la educación multicultural en medicina y ciencias de la salud.
- Comprender la importancia de las competencias culturales reflexivas, la humildad cultural, el bienestar profesional, los recursos educativos y las herramientas que apoyan la inclusión en la formación sanitaria.
- Familiarizarse con el modelo EMPOWER como enfoque innovador de la educación multicultural, destinado a reforzar tanto el papel de los estudiantes como la atención centrada en el paciente.
- Optimizar el papel de los pacientes en la mejora de los resultados sanitarios y la promoción de la equidad en la salud.

- Participar en la autorreflexión sobre los prejuicios y estereotipos personales, apoyando así el desarrollo de la humildad cultural y la conciencia en la práctica médica.

Resultados del aprendizaje

Al final de este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Explicar los principios básicos de la educación multicultural en el contexto de la medicina y las ciencias de la salud, haciendo hincapié en su importancia para configurar un entorno sanitario diverso e inclusivo.

“

Todo ser humano tiene derecho a que se comprendan sus necesidades culturales y espirituales, al igual que se espera que se satisfagan sus necesidades físicas y psicológicas.

— Madeleine Leininger

- Describir el concepto de humildad cultural y su importancia en la práctica médica, destacando su papel en la mejora de la relación entre pacientes y profesionales sanitarios y en la mejora de los resultados del tratamiento.
- Utilizar recursos y herramientas educativas que apoyen la inclusión en el desarrollo de las propias competencias culturales reflexivas, esforzándose por comprender el fenómeno de la diversidad en los entornos sanitarios.
- Analizar y aplicar el modelo EMPOWER en el contexto de la educación multicultural, demostrando su impacto en la mejora de los procesos educativos y asistenciales, centrándose en el fortalecimiento de los roles tanto de los pacientes como de los estudiantes.
- Comprender los principios del fortalecimiento del papel de los pacientes y explicar su impacto en la mejora de los resultados sanitarios, la capacidad de toma de decisiones y la promoción de una mayor equidad sanitaria entre los distintos grupos de pacientes.

E- **(Effective)-Eficaz** - hace hincapié en la importancia de la eficiencia en la educación, centrándose en la optimización de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Eficacia educativa significa no solo transmitir conocimientos, sino también dotar a los estudiantes de la capacidad de aplicarlos en diversos entornos clínicos, lo que constituye la base de una asistencia sanitaria de alta calidad.

M- **(Multicultural)-Multicultural** - destaca la importancia de incorporar la diversidad cultural en los programas educativos. En la era de la globalización, la capacidad de comprender y respetar las diferentes culturas es esencial cuando se trabaja con pacientes de diversos orígenes. La introducción del concepto de multiculturalismo en el plan de estudios permite a los estudiantes de ciencias de la salud prepararse mejor para interactuar de manera eficaz con pacientes que tienen valores, creencias, explicaciones, expectativas y necesidades de salud diferentes.

P-

(Professional)-Profesional - se refiere a un alto nivel de sensibilidad humana, conocimientos profesionales, experiencia y conducta ética. La formación de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud no solo consiste en aprender habilidades técnicas, sino también en desarrollar actitudes basadas en la empatía, el comportamiento ético y el compromiso con el bienestar de los pacientes. Estos valores son la base de una atención sanitaria de alta calidad y contribuyen a generar confianza entre los pacientes y los profesionales sanitarios.

W-

(Wellness)-Bienestar - hace hincapié en la importancia de garantizar el desarrollo de los profesionales en un entorno que favorezca su salud y bienestar. Promover el bienestar en la educación médica significa crear un espacio en el que los estudiantes no solo aprendan a cuidar de los demás, sino también a cuidarse a sí mismos, tanto física como emocionalmente. Este enfoque es especialmente importante en el contexto de los crecientes retos sanitarios a los que deben hacer frente los profesionales de la salud.

ER-

(Education Resouce)-Recursos educativos - se centra en proporcionar recursos educativos adecuados que apoyen el desarrollo de las competencias culturales y profesionales de los estudiantes. Materiales educativos adecuados, como la literatura, las herramientas digitales y conjuntos de ejercicios prácticos atractivos son esenciales para que los estudiantes desarrollen sus habilidades sanitarias teniendo en cuenta la diversidad social y cultural.

- Reflexionar críticamente sobre los prejuicios y estereotipos personales y aplicar el principio de humildad cultural en la práctica médica, entendiendo cómo estos prejuicios influyen en la toma de decisiones clínicas, la atención al paciente y la comunicación.

Demostrar la capacidad de crear un entorno sanitario inclusivo y sensible a las diferencias culturales, incorporando elementos clave de la educación multicultural y reforzando el papel de los pacientes en la práctica clínica y en las interacciones diarias con ellos.

1.2. El modelo EMPOWER: componentes clave

En respuesta a la creciente necesidad de adaptar la educación médica a sociedades diversas, se propone un nuevo enfoque de la educación multicultural, basado en el modelo EMPOWER, cuyo objetivo es reforzar las competencias de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud. Este modelo tiene cinco características clave que, en conjunto, describen un marco educativo integral que apoya el desarrollo de los futuros profesionales de la salud en un contexto multicultural.

E – Eficaz: hace hincapié en la eficiencia.

M – Multicultural: hace hincapié en el multiculturalismo

P – Profesional: alto nivel de humildad, experiencia, competencia y comportamiento ético.

W – Bienestar: desarrollo profesional en un entorno que fomenta la salud y el bienestar.

ER – Recursos educativos: recursos educativos adecuados.



Fig. 1. Elementos clave del modelo EMPOWER

Por lo tanto, el modelo EMPOWER representa un enfoque innovador que no solo permite a los estudiantes de medicina y ciencias de la salud desarrollarse en un contexto cultural, sino que también los prepara para su futuro trabajo en una sociedad cada vez más diversa. Al integrar estas cinco características clave del modelo —**eficacia, multiculturalismo, profesionalismo, bienestar y recursos educativos** adecuados—, este modelo fortalece las competencias de los estudiantes, preparándolos para ser líderes en la atención sanitaria y defensores de la equidad en la salud en un contexto global.

El modelo adjunto presenta un enfoque **basado en la humildad** como elemento central que sustenta los cuatro pilares fundamentales para un funcionamiento eficaz en entornos profesionales y educativos. Estos pilares son:

- Competencias culturales reflexivas,
- Bienestar profesional,
- Recursos educativos,
- Herramientas de apoyo.

Este modelo hace hincapié en que **la humildad es la base** para el desarrollo de cada una de estas áreas, lo que fomenta un entorno de trabajo y aprendizaje más consciente, receptivo y equilibrado (fig. 1).

Tabla 1. Comparación entre la competencia cultural y la humildad cultural

	Competencia cultural	Humildad cultural
Objetivos	Desarrollar una comprensión más profunda de las culturas minoritarias (grupos destinatarios) con el fin de ofrecer servicios de una manera más eficaz y adecuada.	Promover la autorreflexión y el desarrollo en materia cultural para mejorar la concienciación de los proveedores de servicios.

	Competencia cultural	Humildad cultural
Principios fundamentales	Conocimiento Formación	Autorreflexión Aprendizaje conjunto
Limitaciones	Refuerza la idea de que se puede ser «competente» en una cultura diferente a la propia. Perpetúa el mito de que las culturas son uniformes. Se basa en conocimientos teóricos más que en la experiencia vivida y da por sentado que los profesionales pueden obtener una «certificación» en un sentido cultural	Es difícil para los profesionales comprender plenamente el concepto de aprender junto a los pacientes y de ellos. Carece de un resultado definitivo, lo que puede suponer un reto para quienes trabajan en los ámbitos académico y sanitario.
Ventajas	Permite a las personas trabajar para alcanzar un objetivo. Fomenta el desarrollo de habilidades.	Promueve el aprendizaje continuo sin un punto final fijo, centrándose en el valor del proceso de crecimiento y comprensión. Favorece la creación de relaciones positivas entre profesionales y pacientes, con el objetivo de reducir las desigualdades perjudiciales en la asistencia sanitaria.

1.3. Humildad cultural en la educación cultural de los estudiantes de ciencias médicas y de la salud

El concepto de humildad cultural surgió a finales de la década de 1990. Se definió como un proceso dinámico y permanente que hace hincapié en la autorreflexión y la autocritica para reconocer los propios prejuicios y limitaciones. Reconoce que las identidades culturales son complejas y están en constante evolución, y destaca la importancia de mantener una curiosidad permanente en lugar de un dominio finito del conocimiento cultural (Pawlak-Sobczak, 2019). A diferencia de la competencia cultural, que puede sugerir la existencia de un punto en el que el aprendizaje sobre diferentes culturas se completa (alcanzando la competencia), la humildad cultural promueve la comprensión de que el aprendizaje es un viaje sin fin, que requiere que las personas se mantengan abiertas a nuevas experiencias y perspectivas (Lekas et al., 2020) (Tab. 1).

Las raíces del concepto de humildad cultural están vinculadas a los esfuerzos por mejorar las interacciones sanitarias con diversos grupos sociales. La introducción de la humildad cultural se inspiró en parte en el reconocimiento de las desigualdades sistémicas a las que se enfrentan los grupos marginados.

Aunque el enfoque de la humildad cultural está ganando popularidad, los autores hacen hincapié en que no se debe elegir uno en detrimento del otro. En su lugar, proponen un modelo «ambos/y», que integra los puntos fuertes de ambos enfoques. Argumentan que:



Fig. 2. La metáfora del iceberg en relación con la complejidad de la cultura

Competencia cultural + Humildad cultural = Competencia cultural reflexiva

- La competencia cultural y la humildad cultural son complementarias,
- Juntos, apoyan una práctica más eficaz y equitativa en la atención sanitaria y social, especialmente ante la creciente diversidad y los retos sociales (Greene-Moton y Minkler, 2019).

El modelo del iceberg sirve como metáfora fundamental en los debates sobre la conciencia cultural, ya que destaca que la cultura no se limita a los comportamientos observables, sino que abarca capas más profundas, como los valores y las creencias (So et al., 2023), fig. 2.

Este modelo, junto con otros, hace hincapié en la complejidad de las interacciones culturales, lo que refuerza aún más la necesidad de **la humildad cultural como enfoque complementario a la competencia cultural**, enriqueciendo los conocimientos puramente teóricos con un componente reflexivo. A medida que la humildad cultural ganó terreno, se reconoció como esencial para fomentar asociaciones significativas entre los proveedores de atención médica y las comunidades, en las que se reconocen y abordan las dinámicas de poder y los contextos históricos. Este cambio hacia una práctica más inclusiva y reflexiva se alinea con las tendencias más amplias en la educación médica y sanitaria, donde se presta cada vez más atención al desarrollo de profesionales que no solo sean conocedores, sino también empáticos y responsables en interacciones con pacientes de diversos orígenes culturales (Solchanyk et al., 2021; Tervalon y Murray-García, 1998).

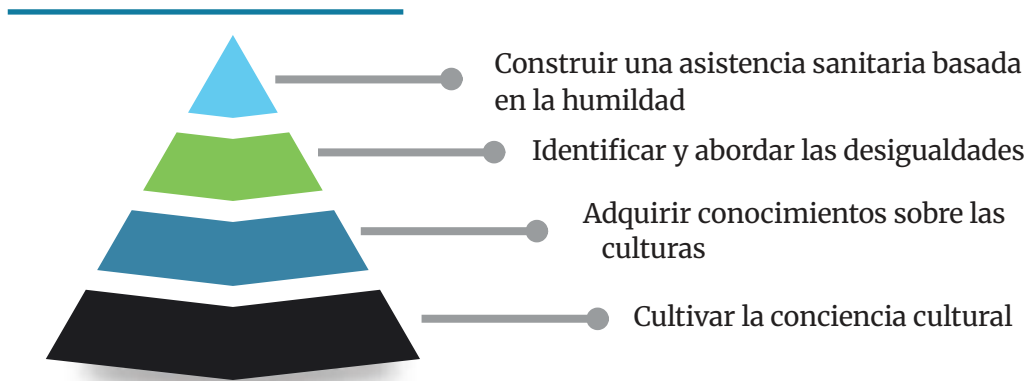


Fig. 3. Diferenciar la humildad cultural de la competencia cultural

El desarrollo de la competencia cultural y la adopción de la humildad cultural son procesos continuos que evolucionan en respuesta a nuevas situaciones, experiencias y relaciones. La competencia cultural constituye una base esencial para practicar la humildad cultural. Para alcanzar un mayor nivel de atención a pacientes de diversos orígenes culturales, es esencial integrar procesos de reflexión y autorreflexión, siguiendo una progresión desde la competencia cultural hacia la humildad cultural:

1. **Cultivar la conciencia cultural personal:** ¿Qué define mi cultura y cómo influye en mi forma de percibir e interactuar con los demás?
2. **Adquirir conocimientos sobre otras culturas:** ¿Cuáles son las características de otras culturas y qué fortalezas únicas poseen? ¿Qué podría ser especialmente importante para las personas que se identifican con ellas?
3. **Reconocer y abordar los desequilibrios de poder:** ¿Cómo puedo utilizar mi comprensión de mi propia cultura y de otras culturas para identificar y trabajar en pro de la eliminación de las injusticias en la atención sanitaria?
4. **Construir una asistencia sanitaria basada en la humildad:** ¿Qué medidas puedo tomar para garantizar que la asistencia que presto avance hacia una mayor inclusividad y equidad? (Fig. 3).

La humildad cultural se basa en varios principios clave que guían a los profesionales en sus interacciones con poblaciones diversas. Estos principios hacen hincapié en la autorreflexión, el reconocimiento de las dinámicas de poder y el desarrollo de relaciones respetuosas (Yeager y Bauer-Wu, 2013).

Rechazar la idea de tener un conocimiento experto sobre la cultura de un paciente

En el contexto de la educación multicultural para estudiantes de medicina, enfermería y otras ciencias de la salud, un aspecto importante es el rechazo de la idea de poseer un conocimiento «experto» sobre la cultura de un paciente antes del primer contacto. Los enfoques contemporáneos de la competencia cultural en la atención sanitaria hacen hincapié en que cada paciente es único, con experiencias culturales individuales y cambiantes. La práctica de asumir que existe un conocimiento «ex-



Fig. 4. Principios fundamentales de la humildad cultural

perto» universal sobre la cultura de un grupo concreto puede dar lugar a simplificaciones y estereotipos, lo que puede afectar negativamente a la calidad de la asistencia sanitaria. Es más eficaz adoptar un enfoque flexible y abierto hacia las diversas identidades de los pacientes que adoptar conocimientos culturales preconcebidos. En su lugar, deben desarrollar habilidades para hacer preguntas, escuchar e involucrar a los pacientes en el proceso de diagnóstico y tratamiento, lo que permite tener en cuenta sus necesidades y experiencias culturales individuales.

La introducción de estrategias en la educación médica que se centren en el desarrollo de habilidades para comprender a los pacientes y explorar las posibilidades de interacción antes del primer encuentro puede ayudar a evitar los peligros de la generalización.

La comprensión cultural en el contexto de la atención sanitaria no se basa en el dominio de los estereotipos, sino en un proceso continuo de aprendizaje y adaptación de la atención a las necesidades de los pacientes, lo cual es fundamental para lograr la equidad en la atención sanitaria (Betancourt, et al., 2003).

Además, desarrollar la capacidad de escuchar activamente y demostrar apertura hacia la diversidad cultural debería ser un elemento fundamental de la educación médica, lo que permitiría una interacción eficaz con pacientes de diversos orígenes sociales y culturales (Zghal et al., 2021).

Reconocimiento y desafío de la interseccionalidad única y los desequilibrios de poder

La interseccionalidad examina cómo diversas identidades sociales —como la raza, el género, el estatus socioeconómico, la sexualidad y muchas otras— se entrecruzan para influir en las experiencias de las personas y en su acceso a la atención sanitaria. Reconocer estas identidades superpuestas permite a los profesionales sanitarios comprender la complejidad de los antecedentes culturales de los pacientes, lo que se traduce en una atención más personalizada y eficaz. A través de la comprensión y la aceptación de la interseccionalidad, la educación médica puede ir más allá de los mo-

delos tradicionales de competencia cultural, fomentando una comprensión más profunda de la naturaleza multifacética de las identidades de los pacientes. Este enfoque no solo enriquece las experiencias de aprendizaje de los estudiantes, sino que también contribuye a reducir las disparidades en materia de salud al promover prácticas sanitarias más inclusivas y empáticas (Rehman et al., 2023; Paniagua, 2024).

La humildad cultural también implica una conciencia aguda de los desequilibrios de poder inherentes que existen en las relaciones entre profesionales y clientes. Los profesionales de la salud deben reconocer que sus funciones conllevan autoridad y el potencial tanto de proporcionar como de negar servicios esenciales (So et al., 2023). Al reconocer estas dinámicas, los profesionales pueden trabajar para crear un entorno más equitativo que fomente la colaboración y el respeto. Este principio hace hincapié en la importancia de desarrollar asociaciones que empoderen a los clientes y las comunidades, en lugar de perpetuar las relaciones jerárquicas (Solchanyk et al., 2021; Shah et al., 2024).

Desarrollo de asociaciones respetuosas

El tercer principio de la humildad cultural se refiere a la necesidad de desarrollar asociaciones mutuamente beneficiosas con individuos y comunidades. Este principio exige que los profesionales se relacionen con pacientes de diversos grupos culturales de una manera que respete la autonomía, centrándose en el aprendizaje colaborativo y la toma de decisiones compartida (Paniagua, 2024; Gonzales-Walters, et al., 2024). Al valorar las contribuciones y conocimientos de los demás, los profesionales pueden mejorar su comprensión de las diferentes culturas y crear prácticas más inclusivas que respondan a las necesidades de cada paciente (So et al., 2023).

Compromiso permanente con la autoevaluación

Uno de los principios fundamentales de la humildad cultural es el compromiso permanente con la autoevaluación y la autocritica. Este principio reconoce que comprender los propios antecedentes culturales y prejuicios es un proceso continuo y dinámico. Un elemento crucial del trabajo en el ámbito de la atención sanitaria es la necesidad de realizar una autorreflexión crítica y analizar cómo las propias experiencias y valores influyen en la configuración de las interacciones con los demás. Esta autoevaluación continua permite a las personas ser más conscientes de sus suposiciones y cuestionar los prejuicios en su práctica.

En conjunto, estos principios constituyen la base para implementar la humildad cultural en la atención sanitaria, lo que en última instancia conduce a mejores resultados para los pacientes y fomenta un entorno más inclusivo en las ciencias médicas y de la salud.

1.4. El bienestar profesional como base para la eficacia de la educación multicultural de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud

El bienestar profesional abarca un enfoque holístico del bienestar que integra múltiples dimensiones de la salud, incluyendo aspectos físicos, emocionales, ocu-

pacionales, sociales, espirituales e intelectuales (Belthur et al., 2024). Se define como la búsqueda activa y satisfactoria de actividades, elecciones, estilos de vida, tradiciones y rituales que contribuyen a un estado de salud holística (Chatterjee et al., 2022). Esta amplia definición contrasta con la creencia común de que el bienestar se limita a la condición y la salud física, lo que insta a una consideración más inclusiva de todos los factores que influyen en el bienestar individual y colectivo en entornos profesionales.

El bienestar profesional es un factor fundamental para la eficacia de la educación multicultural, especialmente en los campos de las ciencias médicas y de la salud. Ante la creciente diversidad de las sociedades europeas, es esencial integrar las competencias interculturales en el bienestar profesional para abordar eficazmente las diversas necesidades de los pacientes, mejorar los resultados sanitarios y mantener un alto nivel de satisfacción del personal. El impacto del aumento de las exigencias sobre el bienestar de los profesionales sanitarios: abordar el agotamiento y la competencia cultural en un entorno con pacientes diversos.

En los últimos años, los sistemas sanitarios de todo el mundo se han enfrentado a una presión cada vez mayor para satisfacer las necesidades de una población de pacientes cada vez más diversa. A medida que los cambios demográficos siguen configurando las sociedades, los profesionales sanitarios se ven cada vez más obligados a prestar una atención que tenga en cuenta las diferencias culturales, la diversidad étnica y los determinantes sociales de la salud. Aunque la competencia cultural desempeña un papel importante en la formación de los profesionales sanitarios, cada vez se reconoce más que las expectativas asociadas a ella pueden contribuir, de forma involuntaria, a aumentar la carga emocional. Como señalan Elbanna et al. (2023), un enfoque excesivo en la necesidad de ser «competente» en todas las situaciones culturales puede generar presión e incertidumbre, especialmente en el contexto de una población de pacientes cada vez más diversa.

La creciente diversidad cultural de la población de pacientes exige que los profesionales sanitarios cuenten con un amplio conjunto de habilidades, entre ellas la competencia cultural, para manejar interacciones complejas y garantizar una atención de calidad. A medida que los sistemas sanitarios se adaptan para atender a comunidades diversas, se espera que los trabajadores sanitarios posean un profundo conocimiento de los matices culturales que influyen en las creencias sobre la salud, los estilos de comunicación y las preferencias de tratamiento de los pacientes. Sin embargo, esta necesidad cada vez mayor de competencia cultural está imponiendo exigencias adicionales a los profesionales médicos, que ya se enfrentan a retos como las largas jornadas laborales, el alto nivel de estrés y el desgaste emocional que supone el cuidado de otras personas (Fan et al., 2024).

Las investigaciones indican que cuando los profesionales sanitarios deben mantener un nivel de excelencia en diversos ámbitos, incluida la competencia cultural, experimentan mayores niveles de estrés, ansiedad y agotamiento. El intenso trabajo emocional que supone interactuar con pacientes de diferentes orígenes culturales puede afectar a los profesionales sanitarios, provocándoles sentimientos

de agotamiento, frustración y desvinculación (Shepherd et al., 2019). Este riesgo es especialmente elevado cuando la competencia cultural se evalúa de forma que se enfatizan las deficiencias en lugar de las fortalezas.

La competencia cultural se considera esencial para los trabajadores sanitarios, ya que les permite interactuar de manera eficaz con poblaciones diversas. Sin embargo, las herramientas que se utilizan habitualmente para evaluar la competencia cultural, como los cuestionarios y los formularios de autoevaluación, se centran principalmente en identificar deficiencias. Estas evaluaciones tienden a poner de relieve las lagunas en los conocimientos o las deficiencias percibidas en la comprensión cultural, lo que refuerza un enfoque basado en las carencias (Lin et al., 2017). Este método de evaluación puede crear un entorno negativo y de alta presión que socava la sensación de competencia y bienestar de los profesionales sanitarios.

Según diversos estudios, estas evaluaciones basadas en deficiencias suelen provocar un aumento de los niveles de estrés entre los profesionales sanitarios (Karantuna et al., 2022). En lugar de sentirse empoderados por la oportunidad de mejorar su conciencia cultural, pueden experimentar ansiedad e inseguridad por sus percepciones de insuficiencia. A su vez, este estrés puede manifestarse en una serie de respuestas emocionales perjudiciales, como el alejamiento de las interacciones con los pacientes o la evitación de pacientes de diferentes orígenes culturales. En casos más extremos, los profesionales sanitarios pueden mostrar comportamientos pasivo-agresivos, como frustración o resentimiento, lo que socava aún más la calidad de la atención al paciente.

El impacto psicológico de la evaluación basada en el déficit

Un problema clave del enfoque actual de la evaluación de la competencia cultural es su tendencia a fomentar un entorno de autocrítica y vergüenza. Los profesionales sanitarios, cuando se enfrentan a evaluaciones que ponen de relieve sus deficiencias, pueden interiorizar sentimientos de fracaso, lo que puede exacerbar el estrés y contribuir al agotamiento. Este enfoque, en lugar de motivar la mejora, a menudo conduce a la desmotivación, la evasión y la frustración. Cada vez hay más pruebas que sugieren que este impacto psicológico negativo puede dar lugar a un círculo vicioso de agotamiento, en el que los trabajadores sanitarios se sienten cada vez más incapaces de satisfacer las diversas necesidades de sus pacientes (Tajfel y Turner, 1986).

Un estudio reveló que los médicos y enfermeros que eran sometidos regularmente a evaluaciones que señalaban sus deficiencias en materia de competencia cultural eran más propensos a sufrir estrés y ansiedad. Si no se abordan, estas respuestas emocionales pueden mermar la calidad de la atención prestada a los pacientes y reducir la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios. Además, el impacto emocional de la formación en competencia cultural, cuando no se gestiona adecuadamente, puede contribuir al aumento de la incidencia del agotamiento profesional entre los profesionales sanitarios (Tanios et al., 2021).

1.5. Modelo EMPOWER: desarrollo de competencias culturales reflexivas entre los profesionales sanitarios en un entorno que favorece la salud y el bienestar.

El modelo EMPOWER se centra en fomentar el crecimiento de los profesionales en un entorno que favorece la salud y el bienestar.

El modelo EMPOWER propone abordar no solo las necesidades de los pacientes de diversos orígenes culturales, sino también reconocer y apreciar las necesidades de los estudiantes y los trabajadores sanitarios en el contexto de

un enfoque integral para desarrollar la competencia cultural y la humildad cultural (Elbanna et al., 2023). Hace hincapié en la necesidad de crear un entorno de aprendizaje que favorezca la salud y el bienestar de los estudiantes, al tiempo que se centra en garantizar la sensación de seguridad durante el desarrollo de la competencia cultural reflexiva, fomentando la motivación intrínseca, proporcionando apoyo social y mejorando la eficacia de las acciones educativas (fig. 5).

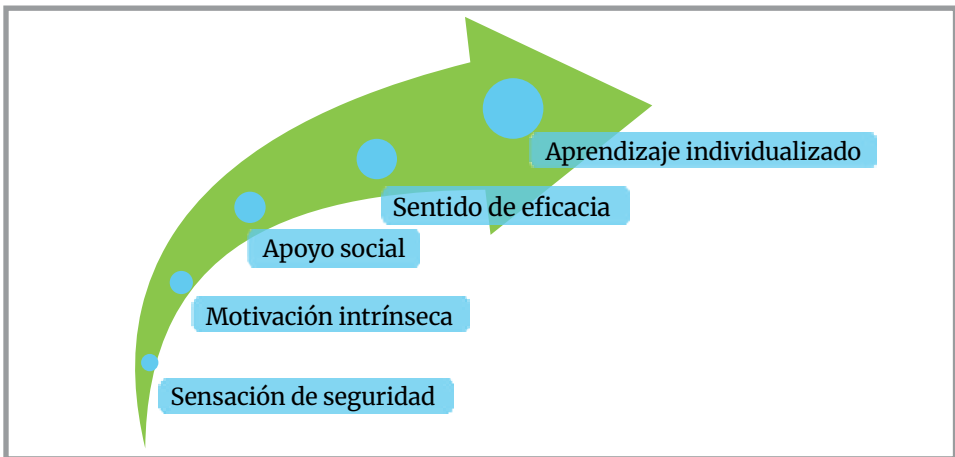


Fig. 5. Modelo EMPOWER: desarrollo de profesionales en un entorno que fomenta la salud y el bienestar.

¡No se puede saber todo sobre otras culturas! Es un hecho. Basta con estar abierto al diálogo y a las perspectivas de los demás.

Uno de los aspectos fundamentales del modelo EMPOWER es la creación de un entorno en el que los participantes se sientan seguros mientras adquieren nuevas competencias, especialmente aquellas relacionadas con cuestiones delicadas como los estereotipos y la diversidad. Un entorno educativo seguro anima a los participantes a expresar sus preguntas e incertidumbres sin temor a ser juzgados, lo que fomenta una mayor implicación en el proceso de aprendizaje. Reconocer y aceptar que es imposible adquirir un conocimiento completo de todas las culturas permite desarrollar una actitud que abraza la conciencia de las propias limitaciones y la apertura al diálogo. Este entorno educativo seguro promueve la disposición al aprendizaje continuo y la receptividad a perspectivas diversas.

La motivación intrínseca desempeña un papel crucial para garantizar la eficacia de la formación multicultural, especialmente en lo que respecta al bienestar de los alumnos. Cuando los participantes están motivados intrínsecamente, su compromiso con el proceso de aprendizaje es más auténtico y duradero. La motivación intrínseca, definida como el deseo de aprender impulsado por el interés personal en la materia, el sentido del valor de la educación y el deseo de superación personal fomenta una comprensión y asimilación más profundas de las cuestiones relacionadas con la diversidad cultural. Este tipo de motivación conduce a un enfoque más reflexivo de la materia, lo que fomenta el desarrollo de una mentalidad abierta hacia diferentes perspectivas y la sensibilidad hacia las necesidades y experiencias de los demás. Además, cuando los participantes sienten que tienen una influencia real en su propio desarrollo y que el proceso de aprendizaje se ajusta a sus valores e intereses, mejora su bienestar psicológico y emocional. Como resultado, la eficacia de la formación multicultural no solo radica en la adquisición de conocimientos, sino también en la creación de un entorno que favorezca el crecimiento personal, la apertura hacia los demás y el mantenimiento del bienestar de los participantes.

El apoyo social es un componente integral del aprendizaje eficaz y, dentro del modelo EMPOWER, desempeña un papel crucial en el proceso de adquisición de competencias culturales reflexivas. El apoyo proporcionado por los profesores, los mentores y los grupos de compañeros fomenta un entorno propicio para la colaboración y la confianza mutua, lo cual es esencial para el desarrollo profesional en el sector sanitario. El profesor actúa como guía y apoyo, no solo impartiendo conocimientos, sino también fomentando la reflexión sobre los propios prejuicios, estereotipos y actitudes. El grupo de estudiantes, a su vez, forma una comunidad en la que los participantes pueden compartir sus experiencias, éxitos y retos relacionados con el desarrollo de las competencias culturales. A través de esta colaboración, las personas se sienten menos aisladas en el proceso de aprendizaje, lo que permite establecer vínculos más sólidos con los demás y aumenta la motivación para seguir creciendo a nivel personal y profesional.

Un aspecto clave del modelo EMPOWER es fomentar un sentido de eficacia y eficiencia en los esfuerzos de los participantes. Los resultados de la investigación indican que las personas que creen en su capacidad para alcanzar sus objetivos están más motivadas y comprometidas con el proceso de aprendizaje. Por lo tanto, este modelo hace hincapié en proporcionar regularmente feedback a los participantes, destacando los progresos en lugar de señalar únicamente las deficiencias. En el modelo EMPOWER, la evaluación del progreso se basa en el refuerzo positivo. Otro elemento importante es la oportunidad que se brinda a los participantes de realizar un seguimiento independiente de su progreso, lo que refuerza su sensación de control sobre el proceso de aprendizaje y la eficacia de sus acciones.

Una de las características clave del modelo EMPOWER es la provisión de una trayectoria educativa individualizada que integra herramientas muy atractivas destinadas a mejorar tanto la competencia cultural como la humildad cultural entre los estudiantes y los profesionales de la salud.

El itinerario educativo individualizado permite a cada participante progresar a su propio ritmo, teniendo en cuenta sus antecedentes únicos, su estilo de aprendizaje y sus necesidades específicas. Este enfoque es esencial para promover un aprendizaje profundo y significativo en el contexto de competencia cultural, donde no existe un método único que funcione de manera universal. Los profesionales de la salud y los estudiantes provienen de diversos entornos educativos y tienen experiencias variadas, y su disposición a participar en el estudio del multiculturalismo puede variar significativamente. Ofrecer este método de aprendizaje garantiza que cada participante tenga la oportunidad de buscar de manera independiente el nivel adecuado de desafíos y apoyo, lo que hace que la experiencia de aprendizaje sea relevante e impactante. La trayectoria individualizada dentro del modelo EMPOWER incluye una serie de módulos flexibles, para que cada participante aprenda a su propio ritmo y según sus posibilidades, y tareas que se centran en la aplicación práctica de los conocimientos culturales. Esta trayectoria está diseñada para ser adaptable, lo que permite a los participantes volver a abordar temas difíciles y realizar actividades más desafiantes a medida que avanzan, al tiempo que se garantiza el apoyo social (de los instructores o de los grupos de compañeros) durante todo el proceso de aprendizaje.

El objetivo es dotar a los profesionales sanitarios de la apertura necesaria para mejorar su conciencia cultural, al tiempo que se promueve el desarrollo de la humildad cultural, es decir, el reconocimiento de las propias limitaciones a la hora de comprender otras culturas y la disposición a aprender de los demás.

Para apoyar la trayectoria educativa individualizada, el modelo EMPOWER integra una serie de herramientas atractivas destinadas a mejorar la competencia cultural y promover la humildad cultural. Estas herramientas están diseñadas para captar la atención de

los participantes y hacerlos participar activamente en el proceso de aprendizaje. Los ejercicios propuestos en esta guía están integrados en una plataforma digital, lo que permite utilizar la tecnología moderna para apoyar el proceso educativo. Las tareas y ejercicios propuestos tienen diversas funciones, pero todos contribuyen al objetivo general de permitir a los estudiantes y a los profesionales de la salud comprometerse de manera significativa con la diversidad cultural.

El modelo EMPOWER no considera la competencia cultural y la humildad cultural como objetivos finales, sino como procesos continuos.

procesos de desarrollo personal y profesional. El itinerario educativo individualizado, junto con sus herramientas atractivas, favorece el crecimiento continuo al ofrecer a los participantes las oportunidades para revisar los materiales, reflexionar sobre sus experiencias y establecer nuevos objetivos educativos. Este enfoque les anima a participar en el aprendizaje permanente, lo que les permite satisfacer las necesidades cambiantes de poblaciones de pacientes diversas con empatía, respeto y sensibilidad cultural.

El objetivo final del modelo EMPOWER es crear un entorno en el que los profesionales sanitarios se sientan respaldados, competentes y seguros de su capacidad

para prestar una atención culturalmente competente. Al proporcionar una experiencia educativa personalizada y atractiva que se centra en la competencia cultural y la humildad, el modelo EMPOWER garantiza que los profesionales sanitarios no solo estén preparados para afrontar los retos de un mundo multicultural, sino que también cuenten con las herramientas necesarias para tener éxito en él. Este proceso mejora el bienestar de las personas, así como su eficacia profesional, lo que beneficia no solo a los propios participantes, sino también a los pacientes y las comunidades a las que atienden.

1. *Inicio de una educación multicultural eficaz (definición de resultados claros y con un propósito)*
2. *Diseño eficaz del aprendizaje (creación de una experiencia holística e inclusiva)*
3. *Participación en la aplicación práctica (garantizar la relevancia para la práctica profesional)*
4. *Transformar y reforzar la transferencia de conocimientos (aplicar los conocimientos en entornos diversos)*
5. *Reforzar y apoyar el progreso del aprendizaje (refuerzo continuo a través de mecanismos de evaluación y retroalimentación)*
6. *Actuar y documentar el impacto (mantener mejoras a largo plazo)*

El modelo EMPOWER presenta un enfoque innovador para la educación sanitaria, haciendo hincapié en el apoyo a la salud y el bienestar de los profesionales a medida que desarrollan competencia cultural. Al garantizar una sensación de seguridad, fomentar la motivación intrínseca, proporcionar apoyo social, desarrollar un sentido de eficacia e incorporar herramientas educativas atractivas, el modelo EMPOWER promueve el desarrollo profesional integral. Como resultado, los profesionales de la salud se vuelven más competentes y seguros al trabajar con pacientes de diversos orígenes culturales, lo que conduce a una atención de mayor calidad y mejores relaciones con los pacientes.

1.6. MODELO EMPOWER – Recursos educativos

El modelo EMPOWER presenta un enfoque transformador de la educación multicultural, centrado en fomentar tanto la competencia cultural como la humildad entre los profesionales de la salud. Este modelo hace hincapié en la importancia de desarrollar recursos educativos que no solo proporcionen conocimientos, sino que también garanticen un proceso de aprendizaje sostenible y con impacto. El modelo EMPOWER se basa en un marco claro y con un propósito definido, diseñado para satisfacer las necesidades cambiantes tanto de los alumnos como de las diversas poblaciones de pacientes a las que atienden.

Inicio de una educación multicultural eficaz: definición de resultados claros y con un propósito definido

La puesta en marcha de una educación multicultural eficaz dentro del modelo EMPOWER comienza con la tarea fundamental de definir resultados claros y concretos

que orienten el proceso de enseñanza. El primer paso de este enfoque consiste en establecer objetivos que no sean solo académicos, sino también holísticos, haciendo hincapié en una comprensión profunda de las dinámicas culturales que influyen en la atención sanitaria. Estos objetivos están diseñados para animar a los participantes a explorar cómo los factores culturales afectan a la comunicación con los pacientes, la prestación de la atención sanitaria y las interacciones profesionales en un contexto cada vez más global. Al definir estos objetivos educativos, el modelo EMPOWER pretende crear un marco integral que prepare a los profesionales de la salud para navegar por las complejidades de los entornos multiculturales, promoviendo un enfoque más competente y empático de la atención sanitaria.

Un elemento clave de esta base educativa es la integración de la reflexión y la conciencia crítica, que permite a los participantes enfrentarse a sus propios prejuicios y supuestos culturales. Esta conciencia de uno mismo es crucial para reconocer cómo las creencias personales y los prejuicios inconscientes pueden influir en las prácticas profesionales, especialmente al interactuar con grupos de pacientes diversos. Gracias a actividades organizadas que fomentan la autorreflexión, se anima a los participantes a explorar cómo sus filtros culturales moldean sus respuestas a los pacientes y compañeros, lo que fomenta una mentalidad abierta al crecimiento y la adaptación. Esta práctica reflexiva es esencial para cultivar la humildad cultural, garantizando que los profesionales sanitarios sean conscientes de las limitaciones de su comprensión de otras culturas y se comprometan con el aprendizaje continuo.

Diseño eficaz del aprendizaje: creación de una experiencia holística e inclusiva

El diseño de un proceso de aprendizaje eficaz hace hincapié en la creación de un marco educativo que fomente un entorno holístico e inclusivo para los profesionales de la salud. Un elemento clave de este enfoque es comprender que la diversidad no es solo un factor externo que hay que abordar, sino un componente fundamental del propio proceso de enseñanza. El modelo EMPOWER destaca la importancia de desarrollar un plan de estudios que integre estudios de casos, investigación y experiencias de campo, extraídos de diversas perspectivas culturales en el ámbito de la salud. Al incorporar diversos puntos de vista culturales, el plan de estudios garantiza que los profesionales de la salud se expongan a las complejidades de los retos sanitarios globales, preparándolos mejor para atender a poblaciones de pacientes diversas con sensibilidad y competencia.

El modelo EMPOWER mejora aún más la experiencia de aprendizaje al incorporar principios de aprendizaje transformador, cuyo objetivo es cambiar la perspectiva de los participantes y cuestionar sus supuestos. El aprendizaje transformador se basa en tres componentes clave:

- Dilema desorientador,
- Reflexión crítica,
- Diálogo y acción.

Un dilema desorientador se refiere a actividades o ejercicios diseñados para desafiar las creencias preexistentes de los participantes, animándolos a enfrentarse a sus prejuicios y a reconsiderar sus puntos de vista. Estos dilemas sacan a los alumnos de su zona de confort, estimulando un pensamiento crítico y profundo. La reflexión crítica es el proceso mediante el cual los participantes analizan y evalúan sus creencias y valores, especialmente en relación con la dinámica cultural en el ámbito sanitario. Esta conciencia de uno mismo fomenta el reconocimiento de cómo las creencias y valores personales influyen en las interacciones con los pacientes y los compañeros. Por último, el diálogo y la acción enfatizan la importancia de entablar conversaciones con personas de diversos orígenes, lo que conduce a una transformación de las perspectivas y a la aplicación práctica de nuevos enfoques en la práctica profesional. Estos tres componentes trabajan de forma sinérgica para crear un entorno educativo transformador que no solo es intelectualmente enriquecedor, sino que también tiene un impacto en el desarrollo personal y profesional (Mezirow, 1991).

Además de estos elementos fundamentales, el modelo EMPOWER promueve el aprendizaje experiencial para el desarrollo de la empatía. Este enfoque hace hincapié en el valor de las experiencias de aprendizaje inmersivas, como los programas de divulgación comunitaria, las simulaciones con pacientes de diversos orígenes culturales y los intercambios culturales. Estas actividades permiten a los profesionales sanitarios experimentar de primera mano los retos y las complejidades de trabajar con poblaciones diversas, mejorando así su conciencia cultural y su empatía. A través de estas experiencias, los participantes desarrollan una comprensión

más profunda de las experiencias vividas por otras personas, lo cual es esencial para desarrollar una atención compasiva y centrada en el paciente.

Con el fin de ampliar el ámbito de aplicación de los principios del aprendizaje experiencial para fomentar la empatía, el modelo EMPOWER combina la parte teórica, que se encuentra en el manual, con la plataforma educativa del programa MultiCultiMed, que incluye la «Biblioteca Humana». Se trata de un recurso educativo innovador que permite a los estudiantes participar en entrevistas realizadas a personas de diversos grupos culturales, a menudo expuestas a la discriminación o la marginación. El objetivo de esta herramienta es fomentar la empatía y profundizar en la comprensión de las perspectivas de los demás, en



particular las de las personas que pertenecen a minorías sociales, étnicas, religiosas y culturales. Las entrevistas, repletas de historias personales, experiencias y reflexiones, proporcionan a los participantes en la formación una visión de la vida de personas de diferentes culturas, lo que contribuye a ampliar sus horizontes, reducir los prejuicios y desarrollar las habilidades interpersonales esenciales para trabajar con pacientes diversos. La «Biblioteca Humana» crea un espacio de aprendizaje a través de la escucha y la comprensión profunda, apoyando el desarrollo de las competencias culturales.

Igual de importante en el diseño eficaz del aprendizaje es la participación activa en el proceso de aprendizaje. El modelo EMPOWER anima a los participantes a involucrarse activamente en su aprendizaje, especialmente a través de la búsqueda de interacciones con compañeros de diversos orígenes. Estas experiencias promueven el respeto mutuo y la adquisición compartida de conocimientos culturales, permitiendo a los participantes aprender de las perspectivas de los demás. La participación activa fomenta el sentido de comunidad y pertenencia, que es esencial para crear un entorno inclusivo. Además, fomenta el pensamiento crítico, la resolución de problemas y el trabajo en equipo, todas ellas habilidades esenciales para el ejercicio profesional en un contexto multicultural.

Participación en la aplicación práctica: garantizar la relevancia para la práctica profesional

El modelo EMPOWER pone un énfasis significativo en la aplicación práctica de las competencias culturales adquiridas en entornos profesionales. Este aspecto se centra en salvar la brecha entre el conocimiento teórico y la práctica. El objetivo no es solo que los estudiantes adquieran conocimientos teóricos, sino que también desarrollen las habilidades necesarias para aplicarlos de manera eficaz en un entorno profesional. El modelo incorpora una serie de ejercicios que simulan experiencias de la vida real, respaldados por interacciones entre compañeros, con el fin de integrar perspectivas diversas y buscar soluciones de manera colaborativa. Actividades como juegos de rol, ejercicios de comunicación intercultural y simulaciones de resolución de problemas relacionados con la atención a pacientes de diversos orígenes culturales tienen como objetivo preparar a los estudiantes para los retos que pueden encontrar en entornos sanitarios multiculturales. Mediante la simulación de situaciones reales, se anima a los estudiantes a aplicar sus conocimientos en un entorno dinámico y de apoyo, lo que les ayuda a comprender mejor las complejidades de la atención al paciente en diversos contextos culturales, fomentando el desarrollo del pensamiento crítico y las habilidades para resolver problemas.

El modelo EMPOWER también hace hincapié en la importancia del aprendizaje entre pares y la retroalimentación en el proceso de mejora continua. Al incorporar sistemas de retroalimentación entre pares y debates, los estudiantes tienen la oportunidad de aprender de las experiencias y perspectivas de los demás. Este enfoque colaborativo promueve una comprensión más profunda de las cuestio-

nes multiculturales en la atención sanitaria, al tiempo que desarrolla una cultura de autorreflexión y crítica constructiva. La retroalimentación entre compañeros proporciona a los estudiantes información valiosa sobre sus propias prácticas, les ayuda a identificar áreas de mejora y les anima a perfeccionar continuamente sus competencias culturales reflexivas. Este proceso no solo refuerza la capacidad de los estudiantes para interactuar con poblaciones de pacientes diversas, sino que también fomenta un entorno de apoyo mutuo y aprendizaje dentro de la comunidad educativa.

Transformación y fortalecimiento de la transferencia de conocimientos: aplicación de conocimientos en entornos diversos

En el modelo EMPOWER, el aspecto de la transformación y la mejora de la transferencia de conocimientos se centra en proporcionar una selección de ejercicios y tareas que aumenten la probabilidad de que los estudiantes no solo adquieran conocimientos teóricos, sino que también obtengan la preparación necesaria para aplicarlos en diversos entornos sanitarios reales.

El profesor-mentor y el grupo de estudiantes desempeñan un papel fundamental en el fortalecimiento de la transferencia de conocimientos y el apoyo al desarrollo profesional. Los mentores, que sirven de modelo de buenas prácticas en la atención sanitaria culturalmente competente, pueden ofrecer a los estudiantes orientación, apoyo y ejemplos de atención eficaz al paciente en diversos entornos. El apoyo prestado dentro del grupo de estudiantes facilita el intercambio de experiencias y el acceso a comentarios y opiniones. La combinación de la tutoría del profesor y el apoyo dentro del grupo de estudiantes crea un entorno de aprendizaje colaborativo en el que los estudiantes pueden perfeccionar sus habilidades, mejorar su práctica y ganar confianza a la hora de proporcionar una atención culturalmente competente.

Potenciar el crecimiento: el papel de los profesores en los mecanismos de retroalimentación y evaluación

El modelo EMPOWER pone gran énfasis en reforzar y apoyar continuamente a los estudiantes a lo largo de su trayectoria educativa multicultural en el ámbito sanitario. Este aspecto se centra en la evaluación sistemática de los resultados del aprendizaje, no para destacar las deficiencias o criticar los errores, sino para garantizar un desarrollo continuo. La aplicación de bucles de retroalimentación y herramientas de evaluación de apoyo puede ayudar a realizar un seguimiento del progreso, identificar las áreas que requieren apoyo adicional y garantizar que las competencias multiculturales se desarrollan de manera eficaz en los estudiantes. Proporcionar a los estudiantes una retroalimentación constructiva sobre su progreso les permite perfeccionar sus enfoques de la atención sanitaria culturalmente diversa, identificando las áreas en las que pueden mejorar, aprendiendo de sus errores y mejorando sus habilidades de comunicación. Este proceso continuo de retroalimentación y reflexión es una parte integral de la creación de un entorno

de aprendizaje basado en el desarrollo continuo, en el que los estudiantes se sienten apoyados en sus esfuerzos por mejorar sus competencias culturales reflexivas. Otro aspecto esencial es la formación del personal docente encargado de formar a los estudiantes de medicina y ciencias de la salud en materia de multiculturalismo. La plataforma educativa MultiCultiMed ofrece acceso a recursos destinados a los profesores. Su objetivo no es solo proporcionar orientación sustantiva, sino también consejos prácticos y herramientas que les ayuden a impartir las clases de manera eficaz, a involucrar a los estudiantes y a supervisar los progresos en el desarrollo de las competencias culturales.

La plataforma MultiCultiMed puede servir como guía, ofreciendo a los profesores instrucciones detalladas sobre metodologías de ejercicios y organización de debates en un grupo de alumnos. Los profesores tienen acceso a métodos de enseñanza interactivos y atractivos que fomentan el desarrollo de competencias multiculturales entre los alumnos. Además, proporciona directrices para interpretar los resultados de los ejercicios, pruebas y evaluaciones relacionados con la educación multicultural. Por otra parte, la plataforma ofrece a los profesores una amplia gama de temas de debate que pueden introducirse durante las clases, lo que ayuda a los alumnos a abordar las cuestiones culturales de forma más consciente. El contenido de la plataforma para profesores no solo les proporcionará acceso a materiales educativos atractivos, sino que también puede formar parte de su propio proceso de desarrollo profesional.



Mantener mejoras a largo plazo

El modelo EMPOWER hace hincapié en el papel crucial que desempeñan los ejercicios de participación activa y motivadora a la hora de generar cambios duraderos en la forma en que los estudiantes de ciencias de la salud perciben y abordan los retos asociados al multiculturalismo en la atención al paciente. En concreto, el modelo promueve enfoques educativos que van más allá de la enseñanza teórica, ofreciendo experiencias prácticas y atractivas que fomentan la aplicación

real de las competencias multiculturales en el trabajo profesional. A través de la participación profunda de los estudiantes en ejercicios prácticos y escenarios basados en competencias culturales reflexivas, el modelo EMPOWER garantiza que las habilidades y los conocimientos que adquieren no se limitan a ser enseñados, sino que se interiorizan, lo que conduce a cambios a largo plazo en su comprensión y enfoque de la atención sanitaria en contextos culturales diversos.

Un aspecto central de este enfoque es la evaluación del impacto a largo plazo, cuyo objetivo es medir la eficacia del programa en la mejora de la competencia multicultural y el bienestar profesional de los estudiantes a lo largo del tiempo. Los administradores del programa tienen previsto implementar un sistema para recabar opiniones de los graduados, que proporcionará datos sobre cómo se aplican en la práctica profesional las competencias adquiridas durante el programa.

Además, un elemento significativo del modelo EMPOWER es su relevancia global y su adaptación a las realidades cambiantes de la práctica médica. El contenido que se ofrece a los estudiantes y profesores se adapta a una amplia gama de entornos sanitarios en todo el mundo, centrándose no solo en el aprendizaje teórico, sino también en la aplicación práctica de las competencias multiculturales en condiciones diversas y reales. En la práctica, esto significa crear estructuras flexibles que puedan adaptarse a las necesidades específicas de los diferentes sistemas sanitarios y regiones del mundo.

Creemos que la fortaleza del Modelo EMPOWER, que permite mejoras a largo plazo en la educación multicultural, reside en la adaptabilidad global de los ejercicios y contenidos propuestos. A través de técnicas educativas atractivas y un enfoque flexible que responde a las necesidades de diversos entornos culturales y profesionales, el modelo EMPOWER no solo ayuda a los estudiantes a desarrollar las habilidades necesarias para proporcionar una atención culturalmente competente, sino que también apoya el crecimiento y la reflexión continuos. Estas estrategias garantizan que el impacto del programa se extienda mucho más allá del aula, lo que conduce a mejoras duraderas en las prácticas sanitarias a nivel mundial.

Principios básicos del MODELO EMPOWER Recursos educativos:

- *Interseccionalidad*
- *Reflexión crítica*
- *Conocimiento aplicable*
- *Crecimiento continuo y bienestar*

Resumen de los principios básicos del modelo EMPOWER

Recursos educativos

El modelo EMPOWER para la educación multicultural en el ámbito sanitario y los estudios médicos se basa en principios fundamentales que dan prioridad al desarrollo integral y sostenible de la competencia cultural. Estos principios se centran en la complejidad de los entornos sanitarios y tienen como objetivo dotar a los estudiantes de los conocimientos y las herramientas necesarios para atender eficazmente a poblaciones de pacientes diversas.

La interseccionalidad es un concepto clave que sustenta el modelo, ya que reconoce las identidades interconectadas y únicas tanto de los estudiantes como de los pacientes. Al destacar cómo las identidades superpuestas —como la raza, el género, el estatus socioeconómico, los antecedentes culturales y muchas otras— afectan los resultados de salud, el modelo promueve una comprensión más profunda de las diversas necesidades dentro de las poblaciones de pacientes. Se anima a los estudiantes a considerar cómo estas identidades interseccionales influyen en su enfoque de la atención al paciente y a desarrollar estrategias más holísticas y matizadas que aborden las necesidades individuales en un contexto multicultural.

La reflexión crítica es otro principio fundamental del modelo EMPOWER, que anima a los estudiantes a examinar sus propios prejuicios, percepciones culturales y comportamientos profesionales. A través de una reflexión estructurada, se anima a los estudiantes a identificar cómo estos factores personales influyen en sus interacciones con los pacientes y en su enfoque general de la atención sanitaria. Este proceso ayuda a los estudiantes a ser más conscientes de sus suposiciones y puntos ciegos, fomentando una mentalidad de autoevaluación y mejora continua en la práctica médica. A través de la reflexión crítica, los estudiantes pueden cuestionar sus prejuicios y perfeccionar su competencia cultural, lo que garantiza una atención al paciente más empática e inclusiva.

El conocimiento práctico es un enfoque centrado en dotar a los estudiantes de habilidades, métodos y herramientas prácticas que pueden aplicarse de inmediato en la práctica sanitaria. Este principio garantiza que los estudiantes no solo aprendan la teoría, sino que también adquieran los conocimientos prácticos necesarios para abordar los retos diarios del trabajo en un entorno multicultural. Al proporcionar a los estudiantes estrategias prácticas y basadas en la evidencia, el modelo apoya la prestación de una atención culturalmente competente, mejorando los resultados de salud de los pacientes y potenciando la comunicación intercultural.

Por último, el crecimiento continuo y el bienestar es un principio que sirve de base para el éxito a largo plazo y la resiliencia de los profesionales de la salud. El modelo reconoce que afrontar los retos de la atención sanitaria multicultural puede ser exigente desde el punto de vista mental y emocional, y tiene como objetivo ayudar a los estudiantes a desarrollar la resiliencia y el bienestar mental necesarios para el éxito profesional. Este énfasis en el desarrollo personal va más allá de las competencias culturales, ya que garantiza que los estudiantes sean conscientes de la enorme importancia de gestionar eficazmente el estrés, mantener el equilibrio psicológico y fomentar una vida profesional sostenible a lo largo de su carrera.

1.7. MODELO EMPOWER: herramientas de apoyo

Las herramientas que ayudan a los estudiantes a desarrollar la competencia y la humildad culturales están diseñadas para ser constructivas, reflexivas y fomentar el crecimiento, en lugar de centrarse en los aspectos negativos, señalar las deficiencias o criticar. El objetivo es crear un entorno de aprendizaje seguro, empático y centrado en el desarrollo continuo. La plataforma educativa MultiCultiMed ofrece un espacio para llevar un diario reflexivo. El propósito de este diario es animar a los estudiantes a reflexionar regularmente sobre sus experiencias, retos y progresos en el aprendizaje de la cultura y la diversidad. Los diarios pueden utilizarse de diversas formas y de manera flexible, en función de las necesidades individuales. Por ejemplo, los estudiantes pueden llevar diarios en los que anoten sus pensamientos sobre las interacciones con pacientes de diferentes culturas, sus sentimientos sobre el aprendizaje de la diversidad e identificar áreas que requieren un mayor desarrollo. También es importante registrar los éxitos y las experiencias positivas, que indican el progreso. La plataforma MultiCultiMed facilita el registro de pensamientos y ofrece acceso a preguntas reflexivas ya preparadas que ayudan a los estudiantes a profundizar en sus experiencias (por ejemplo, preguntas como: «¿Qué retos he afrontado en esta situación? ¿Qué puedo mejorar la próxima vez? ¿Qué he hecho bien?», etc.).

La plataforma también incluye tareas de reflexión con retroalimentación de 360°, lo que permite a los estudiantes recibir comentarios de diversas personas (por ejemplo, compañeros, profesores, pacientes, observadores), lo que les ayuda a comprender mejor su desarrollo en el contexto de la diversidad cultural.

Estas herramientas están diseñadas para promover una reflexión honesta y sincera sobre el desarrollo personal, sin estigmatizar los errores. Se centran en apoyar el proceso de aprendizaje, identificando áreas de mejora, pero también en celebrar los éxitos que motivan a seguir mejorando. Un elemento importante es crear un espacio en el que los estudiantes se sientan seguros, tengan la oportunidad de explorar sus propias actitudes y creencias, y se les anime a crecer continuamente, tanto en términos de competencia cultural como de humildad personal.

Referencias.

- Belthur, M. V., Federico-Martinez, G., Drane, D., & Hartmark-Hill, J. (2024). Physician leadership behaviors and strategies: Insights to integrate and prioritize faculty well-being. *Physician Leadership Journal*, 11(5), 12–19. <https://doi.org/10.55834/plj.1067073980>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. 2nd. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Chatterjee, K., Edmonds, V. S., Girardo, M. E., Vickers, K. S., Hathaway, J. C., & Stonnington, C. M. (2022). Medical students describe their wellness and how to preserve it. *BMC Medical Education*, 22(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03552-y>
- Elbanna, M. F., Thomas, M. R., Patel, P. R., & McHenry, M. S. (2023). Cultivating cultural humility to address the healthcare burnout epidemic—Why it matters. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 212, 27536130231162350. <https://doi.org/10.1177/27536130231162350>
- Fan, J., Chang, Y., Li, L., Jiang, N., Qu, Z., Zhang, J., Li, M., Liang, B., & Qu, D. (2024). The relationship between medical staff burnout and subjective wellbeing: The chain mediating role of psychological capital and perceived social support. *Frontiers in Public Health*, 12, 1408006. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408006>
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165–181. <https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244>
- Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Gonzales-Walters, F., Weldon, S., & Essex, R. (2024). Cultivating cultural humility through healthcare simulation-based education: A scoping review protocol. *International Journal of Healthcare Simulation*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.54531/rafh4191>
- Greene-Moton, E., & Minkler, M. (2019). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, 20(1), 142–145. <https://doi.org/10.1177/1524839919884912>
- Karatuna, I., Owen, M., Westerlund, H., & Berthelsen, H. (2022). The role of staff-assessed care quality in the relationship between job demands and stress in human service work: The example of dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12795. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912795>
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Lin, C. J., Lee, C. K., & Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research*, 25(3), 174–186. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153>
- Liu, J., Miles, K., & Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education*, Second Language, Culture and Diversity, 7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633>

-
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Bodys-Cupak, I., Kurowska, A., & Barzykowski, K. (2021). Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4002. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084002>
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.
- Paniagua, F. A. (2024). *Teaching cultural competence and cultural humility in medical education: A practical guide* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003529057>
- Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny–pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery (The systemic-partner model in the medical personnel foreign patient relationship: Opportunities vs. barriers). *Władza Sądzenia*, 16, 67–95. <https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05>
- Rehman, M., Santhanam, D., & Sukhera, J. (2023). Intersectionality in medical education: A meta narrative Perspectives <https://doi.org/10.5334/pme.1161> on Medical Education, 12(1), 517–528.
- Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N., & Sibbald, M. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare professionals and trainees: A scoping review. *BMC Medical Education*, 24, 991. <https://doi.org/10.1186/s12909024-05981-3>
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19, 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
- So, N., Price, K., O'Mara, P., & Rodrigues, M. A. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. *The Medical Journal of Australia*, 220(1), 12–13. <https://doi.org/10.5694/mja2.52182>
- Solchanyk, D., Ekeh, O., Saffran, L., Burnett-Zeigler, I. E., & Doobay-Persaud, A. (2021). Integrating cultural humility into the medical education curriculum: Strategies for educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(5), 554–560. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1877711>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Verbree, A. R., Isik, U., Janssen, J., & Dilaver, G. (2023). Inclusion and diversity within medical education: A focus group study of students' experiences. *BMC Medical Education*, 23, 61. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3>
- Yeager, K. A., & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008>
- Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A., & Ferguson, W. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education*, 5, 37–44. <https://doi.org/10.5116/ijme.52ec.d075>
- Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S., & Pfaff, K. (2020). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: Cross-sectional study of Canadian newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508–517. <https://doi.org/10.1177/1043659620967441>



Capítulo 2

Diversidad e inclusión en la asistencia sanitaria

Małgorzata Zimny

Universidad Médica de Pomerania en Szczecin (Polonia)

“

La diversidad y la inclusión en la atención sanitaria no son solo principios, sino un fundamento que permite que cada paciente se sienta visto, escuchado y respetado, porque la salud comienza con la igualdad

2.1. Introducción

La diversidad y la inclusión son términos que se utilizan ampliamente desde hace tiempo en diversos contextos, pero solo en los últimos años se han convertido en parte integral de los debates sobre la atención sanitaria. La rica diversidad, que refleja el mosaico de comunidades en términos de raza/etnia, género, orientación sexual, estatus migratorio, discapacidad física y nivel socioeconómico, puede presentar retos tanto para los proveedores de atención médica como para los pacientes. Sin embargo, también ofrece oportunidades para una transformación positiva. Para que dicha transformación sea exitosa, los esfuerzos deben centrarse en **la diversidad, la equidad y la inclusión**, y no solo en la diversidad. Cada vez se comprende mejor la interconexión entre el entorno de trabajo de los proveedores de atención médica, los resultados de los pacientes y el rendimiento general de la organización (Gill, 2018).

La diversidad y la inclusión en la atención sanitaria implican incorporar diferentes perspectivas, culturas, experiencias e identidades en la práctica médica cotidiana. Este enfoque requiere la aceptación y el respeto de la diversidad racial, étnica, cultural, de género, de edad y religiosa, así como la comprensión de los retos a los que se enfrentan las personas con discapacidad o pertenecientes a grupos sociales marginados. El objetivo principal es garantizar la igualdad de oportunidades, el acceso y una atención sanitaria de alta calidad para todas las personas, independientemente de su origen o circunstancias vitales (Stanford, 2020).

Objetivos

En este capítulo, los estudiantes desarrollarán sus conocimientos y habilidades en las siguientes áreas:

- Comprender los beneficios de la diversidad y la inclusión en la atención sanitaria.
- Identificar estrategias para superar las barreras asociadas al trabajo en un entorno culturalmente diverso.
- Reconocer las áreas clave del comportamiento profesional en el contexto de la diversidad cultural
- Comprender la importancia de las características clave que debe poseer el personal sanitario para trabajar eficazmente en un entorno culturalmente diverso

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Reconocer y apreciar los beneficios de la diversidad cultural en la asistencia sanitaria.
- Identificar métodos para superar las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria.

-
- Adaptar la atención médica a las necesidades individuales de los pacientes mediante la aplicación de áreas clave de comportamiento profesional en el contexto de la diversidad cultural.
 - Colaborar eficazmente en un entorno médico culturalmente diverso mediante la comprensión y el desarrollo de las características clave que se requieren del personal sanitario.

2.2. Las ventajas de la diversidad y la inclusión en la asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria moderna opera en una sociedad cada vez más diversa, en la que los pacientes proceden de distintos entornos culturales, sociales y lingüísticos. Aceptar esta diversidad no solo mejora la calidad de los servicios prestados, sino que también fomenta la confianza entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Un enfoque inclusivo de la asistencia sanitaria permite adaptar mejor el diagnóstico y el tratamiento a las necesidades individuales de los pacientes, reduciendo las barreras de acceso y mejorando los resultados del tratamiento.

2.2.1. Mejores resultados sanitarios

Comprender las diferencias culturales ayuda a reconocer mejor las necesidades individuales de los pacientes, lo que permite adaptar con mayor precisión la atención médica a sus expectativas y circunstancias vitales. Esto permite a los médicos y al personal sanitario no solo diagnosticar y tratar con mayor eficacia, sino también establecer relaciones basadas en la confianza, lo que aumenta la eficacia de las terapias y mejora la comodidad de los pacientes.

Una mejor comunicación con los pacientes tiene un impacto significativo en el éxito del tratamiento. El uso de traductores o materiales educativos adaptados al idioma y la cultura del paciente facilita su comprensión de las instrucciones médicas. Esto permite a los pacientes seguir mejor las pautas terapéuticas, lo que mejora la eficacia del tratamiento y los resultados de salud (Borowczyk, 2023). Cada vez es más habitual que se reconozca la importancia de una comunicación eficaz en los sistemas sanitarios. Dado que los cursos de comunicación deben adaptarse a las particularidades de cada cultura, idioma y otras cuestiones contextuales, muchos países y comunidades que utilizan un idioma común han propuesto sus recomendaciones para los planes de estudios de comunicación en los estudios de medicina de grado. Con la creciente concienciación sobre la importancia de la comunicación médica, su enseñanza se ha integrado en el plan de estudios básico de medicina. Las facultades de medicina de todo el mundo comenzaron a introducir cursos adecuados en sus planes de estudios a finales del siglo XX. Una de las primeras experiencias se produjo en la Universidad de Lagos en 1984 (Ersek, 2020). Entre los ejemplos más contemporáneos se encuentran la Facultad de Medicina de la Universidad de Leipzig - COMSKIL Communication Skills Training (Gebhardt, 2021) y Longitudinal Communication Curriculum (Zimmermann, 2021), Charité - Universitätsmedizin Berlin, la Universidad de Gante (Kienle, 2021) y la Facultad de Medicina de Harvard (Rider, 2006).

Una estrategia que muchas organizaciones ya han implementado son los servicios de traducción, que son cruciales para los pacientes con un dominio limitado del idioma local y para el desarrollo de materiales escritos (Karliner, 2007). Otra estrategia para mejorar la competencia cultural es la inclusión de orientadores de pacientes, personal y defensores de los pacientes. La solución más eficaz es, si es posible, contratar personal médico que se adapte mejor culturalmente a la mayoría de los pacientes atendidos (Nair, 2019).

El respeto por la diversidad cultural y el fomento de la confianza en el sector sanitario no solo fortalecen la relación entre el paciente y el personal médico, sino que también mejoran los resultados del tratamiento y la calidad general de la atención.

Reducir las desigualdades en materia de salud: En la bibliografía sobre el tema, se suele hacer hincapié en el aspecto de la igualdad, entendida como la garantía de los mismos derechos para las personas con las mismas necesidades de atención sanitaria (igualdad de acceso para necesidades iguales) (Culyer, 1995). Diversidad en la asistencia sanitaria permite identi-

ficar y eliminar mejor las barreras que restringen el acceso a los servicios médicos, como las barreras lingüísticas, económicas o sociales. Esto puede incluir la colaboración con organizaciones comunitarias, organizaciones de inmigrantes y refugiados, así como otros grupos sociales, como organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones, grupos religiosos y clubes sociales.

Prevención de errores médicos: Comprender el contexto cultural de un paciente puede ayudar a prevenir malentendidos que a veces conducen a diagnósticos o tratamientos incorrectos (Puch, 2020).

2.2.2. Mayor confianza de los pacientes en el sistema sanitario

Establecer relaciones basadas en la confianza: La confianza es la base de una atención sanitaria eficaz, y los pacientes que sienten que se respetan su cultura, sus valores y sus tradiciones son más propensos a mostrarse abiertos y cooperar con los profesionales sanitarios. Cuando los médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios demuestran comprender las necesidades individuales de los pacientes, teniendo en cuenta su bagaje cultural y social, los pacientes se sienten más aceptados y tratados con respeto. Este enfoque ayuda a crear un vínculo más fuerte entre el paciente y el personal médico, lo que conduce a una mejor comunicación y a un tratamiento más eficaz.

Por ejemplo, si un paciente de una cultura determinada tiene inquietudes sobre tratamientos o procedimientos que son contrarios a sus tradiciones, los profesionales de la salud que muestran comprensión y brindan la educación adecuada pueden ayudar a aliviar estas inquietudes reconociendo, apreciando y brindando el apoyo emocional e informativo apropiado.

Demostrar comprensión y proporcionar una educación adecuada puede ayudar a aliviar esas preocupaciones al reconocer, apreciar y ofrecer apoyo tanto emocional como informativo. El respeto por la cultura del paciente también influye en

su sensación de seguridad, lo que puede reducir la resistencia a acudir a consultas médicas. Los pacientes que sienten que se acepta su identidad son más propensos a comprometerse con cuidados a largo plazo, seguir las recomendaciones médicas y participar activamente en el proceso de tratamiento. Además, este enfoque ayuda a reducir las barreras lingüísticas y culturales que pueden dificultar la comunicación eficaz y crear distancia entre el paciente y los profesionales sanitarios. Como resultado, el establecimiento de relaciones basadas en la confianza y la diversidad cultural no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también aumenta la eficacia del tratamiento, reduce el riesgo de errores médicos y contribuye a la mejora general de la calidad de la atención sanitaria.

Reducción de la ansiedad y el estrés:

cuando los pacientes se sienten comprendidos, respetados y valorados, su respuesta emocional ante las situaciones sanitarias mejora significativamente. La

Cuando los pacientes se sienten comprendidos y apoyados, esto reduce el estrés y la ansiedad, fomenta la colaboración y, por lo tanto, contribuye a obtener mejores resultados en el tratamiento, así como a una recuperación más rápida.

ansiedad y el estrés son reacciones comunes ante las intervenciones médicas, especialmente cuando los pacientes sienten que sus proveedores no los comprenden debido a diferencias en los estilos de comunicación, los antecedentes culturales o la falta de empatía (Rozlog, 1999). Sin embargo, cuando los trabajadores sanitarios se toman el tiempo necesario para comprender las necesidades únicas, las preocupaciones y el contexto cultural del paciente, crean un entorno en el que el paciente se siente escuchado y seguro. Esta sensación de comprensión fomenta una relación terapéutica positiva, lo que conduce a una mayor apertura y disposición a cooperar con el equipo sanitario. Cuando los pacientes se sienten más cómodos, son más propensos a hablar abiertamente sobre sus síntomas, sus preferencias de tratamiento y sus preocupaciones, lo que permite a los profesionales sanitarios proporcionar una atención más personalizada. Esto, a su vez, mejora la experiencia general del paciente durante el tratamiento. Además, la reducción de la ansiedad y el estrés tiene un impacto directo en los resultados de salud.

Los altos niveles de estrés pueden dificultar el proceso de curación, ya que afectan negativamente al sistema inmunitario y agravan determinadas afecciones. Cuando los pacientes se sienten menos estresados, son más propensos a seguir las recomendaciones médicas, cumplir los planes de tratamiento y participar de forma proactiva en el cuidado de su salud, lo que contribuye a una recuperación más rápida. En esencia, fomentar un sentido de comprensión no solo crea un entorno más positivo y colaborativo, sino que también acelera el proceso de curación al aliviar las cargas emocionales y mentales que pueden impedir la recuperación (Sirois, 2018).

2.2.3. Aumentar la eficacia del equipo médico

Los equipos culturalmente diversos son más creativos: La diversidad cultural dentro de los equipos reúne a personas con diferentes perspectivas, experiencias

y enfoques para resolver problemas. Esta mezcla de puntos de vista aumenta la innovación, ya que los miembros del equipo pueden abordar los retos desde distintos ángulos, lo que da lugar a soluciones más creativas y eficaces. Cuando personas de diferentes orígenes culturales colaboran, pueden aprovechar una gama más amplia de conocimientos, tradiciones y estrategias, lo que a menudo da lugar a un pensamiento único y poco convencional (Schmidt, 2023).

En el ámbito sanitario, por ejemplo, un equipo culturalmente diverso puede desarrollar enfoques más variados y completos para la atención al paciente, teniendo en cuenta no solo los factores médicos, sino también las preferencias culturales, la dinámica social y las diferentes formas de afrontar la enfermedad. Esta diversidad ayuda a identificar posibles deficiencias en la atención y fomenta el desarrollo de nuevas técnicas o herramientas que pueden utilizarse para mejorar los resultados de los pacientes.

Además, los equipos culturalmente diversos son más propensos a cuestionar el statu quo y los métodos tradicionales, lo que fomenta un entorno en el que se promueve la creatividad. Estos equipos tienden a ser más flexibles y abiertos a experimentar con nuevas ideas, lo que es especialmente importante en campos que cambian rápidamente, como la atención sanitaria, donde la innovación es clave para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes (Teixeira, 2024).

Al crear un entorno inclusivo en el que se acogen y valoran las perspectivas diversas, las organizaciones pueden aprovechar todo el potencial de sus equipos, lo que se traduce en una mayor eficacia, capacidad para resolver problemas y creatividad general.

La diversidad cultural en los equipos médicos fomenta la creatividad, refuerza la colaboración e impulsa la innovación, lo que, en última instancia, conduce a una atención al paciente más eficiente y eficaz.

Reducir el riesgo de conflictos: Comprender y aceptar la diversidad dentro de los equipos desempeña un papel crucial a la hora de reducir tensiones y fomentar la colaboración. Cuando los miembros del equipo reconocen y respetan las diferencias culturales, los antecedentes y las perspectivas, se crea un entorno de trabajo más

armonioso. Esta comprensión ayuda a evitar malentendidos que pueden surgir de la falta de comunicación, los estereotipos o las suposiciones sobre los comportamientos y valores de los demás.

En un equipo culturalmente diverso, a menudo se hace mayor hincapié en la comunicación abierta, la escucha activa y la empatía. Estas prácticas ayudan a los miembros del equipo a sortear las posibles diferencias culturales y a encontrar puntos en común, evitando que los conflictos se agraven. Reconocer que el comportamiento de una persona puede deberse a normas culturales y no a cuestiones personales puede reducir los sentimientos de frustración o resentimiento que podrían surgir.

Además, los equipos que promueven activamente la inclusión animan a las personas a expresarse sin miedo al juicio, lo que ayuda a resolver los problemas antes de que se conviertan en fuentes de conflicto. Cuando todos los miembros del equipo

se sienten respetados y valorados, hay menos riesgo de que surja una competencia negativa o divisiones dentro del grupo. Como resultado, la colaboración mejora y el equipo puede centrarse en alcanzar objetivos comunes en lugar de distraerse con disputas internas.

Al crear un entorno en el que la diversidad no solo se acepta, sino que se celebra, las organizaciones pueden fomentar un ambiente más positivo y productivo. Esto conduce al desarrollo de equipos más sólidos, a la reducción del estrés y a flujos de trabajo más eficientes, lo que en última instancia se traduce en mejores resultados, especialmente en campos exigentes como el de la atención sanitaria.

Desarrollo de habilidades interpersonales: Trabajar en un entorno multicultural ofrece una oportunidad única para desarrollar habilidades interpersonales clave, como la empatía, la flexibilidad y la comunicación eficaz, especialmente en situaciones difíciles y complejas. La interacción con personas de diferentes orígenes, valores y creencias desafía a los miembros del equipo a salir de su zona de confort y comprender las perspectivas de los demás.

La comprensión y la aceptación de la diversidad dentro de los equipos no solo reducen los conflictos, sino que también refuerzan la colaboración y crean un entorno de trabajo más armonioso y productivo.

La empatía en un contexto multicultural implica la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus necesidades, emociones y reacciones dentro de un contexto cultural. En un entorno así, los miembros del equipo aprenden a comunicarse de manera eficaz, teniendo en cuenta las diferencias lingüísticas, culturales y sociales, lo que ayuda a fomentar un mejor entendimiento y a reducir las tensiones.

Trabajar en un entorno multicultural mejora la empatía, la flexibilidad y la comunicación eficaz, creando equipos más fuertes y cohesionados, preparados para afrontar los retos de la asistencia sanitaria moderna.

La flexibilidad, un aspecto clave del trabajo en un entorno multicultural, se refiere a la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas y desconocidas y de ajustar el comportamiento y el enfoque de uno mismo en función de las condiciones cambiantes y las necesidades de los demás. Esta flexibilidad permite resolver conflictos de manera eficaz, encontrar puntos en común en diferentes estilos de trabajo y gestionar de manera eficiente las diversas demandas de los pacientes y los compañeros de trabajo.

Además, trabajar en un equipo multicultural aumenta la capacidad de comunicarse de manera eficaz en situaciones difíciles en las que las diferencias culturales pueden dar lugar a malentendidos. La capacidad de explicar claramente las intenciones, negociar y encontrar puntos en común en las conversaciones es muy valiosa en un entorno de trabajo en equipo, especialmente en el sector sanitario, donde cada interacción puede influir en los resultados del tratamiento.

Superar las barreras en el sector sanitario es fundamental para garantizar a todos los pacientes —independientemente de sus circunstancias culturales, lingüísticas o personales— un acceso en igualdad de condiciones a una atención sanitaria de calidad.

Como resultado, trabajar en un entorno diverso no solo enriquece las habilidades interpersonales, sino que también contribuye a crear equipos más cohesionados, eficaces y empáticos, mejor preparados para afrontar los retos de la asistencia sanitaria moderna.

2.3. Superar las barreras

2.3.1. Educación intercultural

La formación intercultural del personal sanitario es fundamental para una asistencia sanitaria eficaz en comunidades diversas.

Cuando el personal está bien preparado para trabajar en un entorno multicultural, adquiere las habilidades necesarias para comprender mejor y adaptar sus acciones a las necesidades de pacientes de diversas culturas. Este tipo de formación no solo enseña costumbres, creencias y valores, sino que también ayuda a comprender cómo estos aspectos culturales influyen en la actitud de los pacientes hacia el tratamiento y la salud. Por ejemplo, en algunas culturas, los lazos familiares pueden ser muy fuertes, lo que significa que las decisiones médicas pueden requerir la consulta con la familia del paciente. Otras culturas pueden preferir métodos curativos tradicionales, lo que puede afectar a la apertura del paciente a las terapias convencionales (Jongen, 2018).

Esta formación también puede abordar las diferencias en la comunicación verbal y no verbal, que son fundamentales para transmitir eficazmente la información médica. Los gestos, el tono de voz e incluso la postura corporal pueden tener significados diferentes en distintas culturas, y malinterpretar estas señales puede dar lugar a confusiones. A través de la educación intercultural, los profesionales sanitarios aprenden a evitar malentendidos, lo que se traduce en una mejor calidad en la interacción con los pacientes (Brach y Fraserirector, 2000). Además, la formación intercultural ayuda al personal sanitario a desarrollar una mayor sensibilidad hacia las diferencias en los enfoques de la salud y la enfermedad. El conocimiento de cómo los pacientes de diferentes culturas perciben el proceso de tratamiento puede influir en la forma en que los profesionales sanitarios toman decisiones terapéuticas, proponen tratamientos o explican los procedimientos médicos. Comprender que los pacientes pueden tener diferentes expectativas con respecto a los métodos de tratamiento permite un enfoque más personalizado, lo que aumenta las posibilidades de una colaboración satisfactoria entre el paciente y el personal sanitario.

Como resultado de la educación intercultural, el personal sanitario es más consciente de su papel no solo como especialistas, sino también como personas que ayudan a los pacientes a sentirse comprendidos y

respetados. Este tipo de educación conduce a una mejora de la calidad de la atención, a una reducción de los errores médicos y a una mayor satisfacción de los pacientes, ya que estos se sienten más seguros en sus interacciones con el personal que comprende su bagaje cultural y sus necesidades.

Para mejorar la calidad de la atención sanitaria, las organizaciones sanitarias deben proporcionar formación en competencia cultural a su personal para ayudarles a comprender y respetar mejor las creencias, los valores y las prácticas de los pacientes de diversos orígenes culturales. Estas sesiones de formación deben abarcar temas como la humildad cultural, la sensibilidad cultural, la conciencia cultural, las habilidades de comunicación y las estrategias para superar las barreras culturales (Saha, 2008).



Los sistemas sanitarios que imparten formación sobre diversidad cultural y promueven procesos de trabajo inclusivos contribuyen de manera decisiva a salvar la brecha entre los equipos médicos y a garantizar resultados asistenciales equitativos para todos los pacientes.

2.3.2. Eliminar los sesgos

La conciencia de los propios prejuicios y su impacto en las decisiones médicas es un elemento crucial para construir un sistema sanitario justo y equitativo. Todas las personas, independientemente de su formación o experiencia profesional, tienen ciertas preferencias y prejuicios inconscientes que pueden influir en las decisiones que toman en sus interacciones con los pacientes. En el ámbito médico, estos prejuicios pueden dar lugar a un trato desigual de los pacientes, lo que, en última instancia, puede afectar a la calidad de la atención, los diagnósticos y los resultados del tratamiento (Thompson, 2023).

La eliminación de los sesgos en la atención sanitaria garantiza que todos los pacientes sean tratados de forma justa y respetuosa, y que reciban la mejor atención posible, independientemente de su origen. Tomar conciencia de estos sesgos es el primer paso para eliminarlos. Cuando los profesionales sanitarios comprenden que ciertos comportamientos, actitudes o sesgos pueden derivarse de sus creencias inconscientes, son más propensos a reflexionar sobre sus reacciones y decisiones. Por ejemplo, un médico puede asumir inconscientemente que un paciente de un grupo social concreto no seguirá las recomendaciones médicas, lo que puede dar lugar a una comunicación incompleta o a métodos de tratamiento menos eficaces. A través de la educación sobre los prejuicios, el personal médico puede aprender a reconocer estas creencias inconscientes y actuar de forma más objetiva, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes en lugar de basarse en suposiciones estereotipadas (Balakrishnan, 2019).

Un aspecto importante para eliminar los sesgos en la atención sanitaria es la mejora continua y la participación en cursos de formación sobre igualdad, justicia e inclusión. Estos cursos ayudan a los profesionales sanitarios a reconocer y comprender los mecanismos que dan lugar a los sesgos, además de proporcionarles técnicas y estrategias que contribuyen a mitigar sus efectos negativos. Uno de los ejemplos es aprender a comunicarse de manera eficaz con pacientes de diferentes culturas para minimizar el riesgo de hacer suposiciones o juicios injustos.

La eliminación de los prejuicios no solo mejora la calidad de la atención médica, sino que también fomenta la confianza entre los pacientes y el sistema sanitario.

La eliminación de los prejuicios en el sector sanitario garantiza que todos los pacientes sean tratados de forma justa y con respeto, independientemente de su origen, y reciban la mejor atención posible.

Los pacientes que se sienten tratados de forma justa, independientemente de su origen, condición social, raza o religión, están más dispuestos a colaborar con los profesionales médicos.

Además, una mayor concienciación sobre los prejuicios entre el personal sanitario conduce a decisiones médicas más equilibradas y justas, lo que puede contribuir a mejorar los resultados del tratamiento y la satisfacción general de los pacientes (Thirsk, 2022).

Por lo tanto, eliminar los sesgos en la atención sanitaria no es solo una cuestión ética, sino también práctica, ya que contribuye a un sistema médico más justo, eficaz y equitativo en el que todos los pacientes tienen las mismas oportunidades de recibir la mejor atención posible (Horst, 2019).

2.3.3. Accesibilidad lingüística

La accesibilidad lingüística en la asistencia sanitaria es un elemento clave para garantizar la igualdad de acceso a los servicios médicos a los pacientes que no hablan la lengua dominante del país o la región. Las sociedades modernas son cada vez más diversas desde el punto de vista lingüístico, y Las barreras lingüísticas pueden afectar significativamente a la calidad de la asistencia sanitaria. Si un paciente

no comprende completamente la información médica, las instrucciones o los procedimientos, esto puede dar lugar a graves errores en el tratamiento, malentendidos sobre las recomendaciones terapéuticas y una disminución de la sensación de seguridad y comodidad (para más información sobre la accesibilidad lingüística, véase el capítulo 09).

La accesibilidad lingüística es el puente que conecta a los pacientes con una atención eficaz y compasiva. Un enfoque bien establecido de la accesibilidad lingüística ayuda a crear un entorno sanitario más inclusivo, en el que todos los pacientes tienen las mismas oportunidades de comprender y beneficiarse de los servicios médicos, independientemente de las barreras lingüísticas. Este enfoque no solo mejora la comunicación, sino que también refuerza la confianza de los pacientes en el sistema sanitario y aumenta su implicación en el proceso de tratamiento.

La accesibilidad lingüística es el puente que conecta a los pacientes con una atención eficaz y profesional.

2.4. Liderazgo inclusivo

2.4.1. Promoción de la diversidad: la creación de equipos que reflejen la diversidad de las comunidades como paso clave para garantizar una atención sanitaria eficaz y empática

Los equipos compuestos por personas de diversos orígenes étnicos, culturales y lingüísticos, así como por personas con experiencias vitales y profesionales variadas, están mejor preparados para comprender las necesidades de los pacientes procedentes de entornos diferentes. Esta representación ayuda a romper las barreras comunicativas, a generar confianza y a adaptar la atención a las necesidades específicas de los distintos grupos sociales.

La diversidad en los equipos médicos también fomenta la innovación en la resolución de problemas. Las diferentes perspectivas y enfoques de las situaciones pueden dar lugar a decisiones más creativas y eficaces, que son esenciales en el panorama sanitario en rápida evolución. Además, los equipos diversos están mejor preparados para los retos de la globalización, incluidas las cuestiones sanitarias que requieren conocimientos sobre diferentes culturas y sistemas de salud.

La incorporación de la diversidad en los procesos de selección y formación crea oportunidades no solo para que las personas aporten sus perspectivas únicas, sino también para que las organizaciones sean más flexibles y eficientes. Este enfoque refleja el compromiso de construir una sociedad justa, en la que todas las personas, independientemente de su origen, tengan acceso a una atención sanitaria de alta calidad.

Promover la diversidad no es solo una obligación ética, sino también una estrategia práctica que fortalece el desarrollo del equipo mejora la experiencia de los pacientes y eleva el nivel de la atención sanitaria, haciéndola más accesible y eficaz para todos.

2.4.2. Compromiso: implicación activa del personal y los pacientes en el proceso de toma de decisiones

El compromiso es un elemento clave para construir sistemas de salud eficaces e inclusivos. La participación activa tanto del personal médico como de los pacientes en los procesos de toma de decisiones permite comprender mejor sus necesidades, prioridades y preocupaciones. Cuando los trabajadores sanitarios sienten que se escucha y se tiene en cuenta su opinión, aumenta su motivación, su satisfacción laboral y su sentido de pertenencia. Del mismo modo, los pacientes que participan activamente en su atención sienten un mayor control sobre su salud, lo que mejora su compromiso con el tratamiento y el cumplimiento de las recomendaciones médicas.

La colaboración prospera allí donde cada voz cuenta.

La participación del personal en los procesos de toma de decisiones incluye consultas periódicas, la recopilación de opiniones y la creación de espacios para el intercambio abierto de ideas, independientemente del cargo o la experiencia profesional. Este enfoque ayuda a las organizaciones a identificar los retos a los que se enfrentan sus equipos y a desarrollar de forma colaborativa soluciones que mejoren la eficiencia y la calidad de la atención.

Involucrar a los pacientes significa crear entornos en los que sus opiniones y preferencias influyan realmente en las decisiones médicas. Esto requiere que los profesionales sanitarios demuestren no solo empatía y apertura, sino también la capacidad de explicar información médica compleja de forma comprensible. Incluir a los pacientes en las conversaciones sobre sus planes de tratamiento, sus objetivos de salud y las opciones terapéuticas genera confianza y un sentido de colaboración.

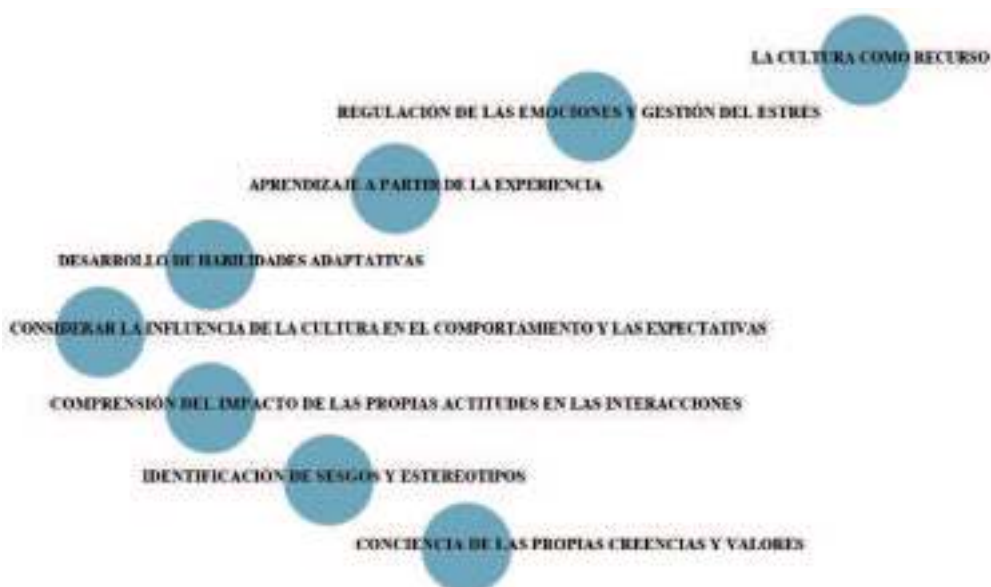


Fig. 6. El proceso de desarrollo cultural y adaptativo

En la práctica, el compromiso puede fomentarse mediante reuniones periódicas del equipo, grupos consultivos en los que participen los pacientes, encuestas sobre la calidad de la atención o herramientas digitales que permitan a los pacientes proporcionar información en tiempo real. La participación activa de todas las partes interesadas en los procesos de toma de decisiones contribuye a crear sistemas más equilibrados y eficaces que respondan mejor a las diversas necesidades de las comunidades.

La participación no es solo una herramienta para mejorar los procesos organizativos y de equipo, sino también un valor que refuerza la confianza construye relaciones y fomenta una cultura de respeto mutuo y colaboración.

2.4.3. Modelar actitudes

Los líderes desempeñan un papel crucial en la configuración de la cultura organizativa, por lo que su enfoque hacia la diversidad y la inclusión es tan importante. Deben demostrar activamente su apertura a diferentes perspectivas, su respeto por los puntos de vista divergentes y su disposición a colaborar con personas de diversos orígenes.

Liderar con el ejemplo significa que los líderes no solo hablan de valores como la igualdad y la aceptación, sino que también los practican a diario en su comportamiento. Por ejemplo, un líder puede escuchar activamente a los miembros de su equipo, participar en debates con empleados de diversos orígenes o tomar decisiones que reflejen sus necesidades y sugerencias.

Los líderes también deben promover la transparencia y la comunicación abierta, creando un entorno en el que todos se sientan cómodos expresando sus opiniones y preocupaciones. Este enfoque no solo genera confianza, sino que también motiva a todo el equipo a poner en práctica estos valores en su trabajo diario.

Además, los líderes pueden participar en cursos de formación sobre diversidad e inclusión, demostrando así su compromiso con la superación personal y su disposición a aprender. A través de sus acciones, pueden inspirar a otros a aceptar el cambio y crear un entorno de trabajo que refleje el respeto, la empatía y la colaboración.

Como resultado, las actitudes de los líderes se convierten en la fuerza motriz de toda la organización, creando un ambiente en el que la diversidad se considera una fortaleza y la inclusión, la norma.



2.5. Comportamientos profesionales en el contexto de la diversidad cultural

El comportamiento profesional en el contexto de la diversidad cultural se refiere a cómo deben actuar las personas en el lugar de trabajo y otros entornos profesionales para respetar y apreciar la diversidad cultural y las diferencias entre las personas. Las organizaciones y sociedades contemporáneas son cada vez más diversas desde el punto de vista cultural, lo que plantea retos a los empleados y líderes en términos de colaboración eficaz, comunicación y gestión de equipos culturalmente diversos (Araque y Weiss, 2024).

Los comportamientos profesionales clave relacionados con la diversidad cultural en el lugar de trabajo se basan en **la autorreflexión, la flexibilidad, la empatía y la protección de los derechos de los pacientes**.

2.5.1. Autorreflexión

La autorreflexión en el contexto del trabajo con personas de diferentes culturas es un proceso de contemplación profunda de las propias creencias, valores y actitudes para comprender mejor cómo estos aspectos internos moldean nuestras respuestas hacia los demás, especialmente durante las interacciones con personas de diferentes culturas. La autorreflexión es especialmente importante en el ámbito sanitario, en las profesiones médicas y en cualquier campo en el que la interacción directa con pacientes y compañeros requiera sensibilidad hacia la diversidad. El siguiente diagrama ilustra los procesos de desarrollo cultural y adaptativo. Cada etapa está conectada con los pasos siguientes, lo que demuestra su interdependencia (Alkhamees, 2023).

Conciencia de las propias creencias y valores

La autorreflexión comienza con la toma de conciencia de las propias creencias, que pueden tener su origen en la educación, la religión, las tradiciones culturales, la formación académica o las experiencias personales. Por ejemplo, si una persona proviene de una cultura en la que la familia desempeña un papel fundamental, es posible que tenga una perspectiva diferente sobre las prioridades en la vida de un paciente que tiene valores distintos. Comprender cómo estas creencias pueden afectar a la percepción de los demás es esencial para el comportamiento profesional en las interacciones con pacientes y compañeros de trabajo de culturas diversas.

Identificación de sesgos y estereotipos

Cada uno de nosotros tiene ciertos prejuicios, que pueden ser el resultado de imitar inconscientemente los estereotipos culturales que existen en la sociedad. La autorreflexión ayuda a identificar estos prejuicios y estereotipos, lo que permite eliminarlos o minimizarlos en las interacciones con los demás. Por ejemplo, un médico podría darse cuenta de que antes asumía, quizás erróneamente, que los pacientes de determinadas culturas prefieren métodos específicos de tratamiento o comunicación. Ser consciente de estos prejuicios permite desarrollar un enfoque más abierto hacia los pacientes de diversas culturas.

Comprender el impacto de las propias actitudes en las interacciones

Nuestras actitudes hacia los demás pueden influir significativamente en la calidad de las interacciones, especialmente en el contexto de las diferencias culturales. La autorreflexión ayuda a comprender cómo nuestras emociones, reacciones y comportamientos moldean nuestras relaciones con los pacientes y los compañeros de trabajo. Por ejemplo, si alguien tiene una actitud negativa hacia las personas de un determinado origen cultural, esto puede afectar a la forma en que se desarrolla la comunicación, lo que dificulta el desarrollo de la confianza. Evaluar regularmente nuestras propias actitudes nos permite mejorar estas interacciones, lo que es especialmente importante en profesiones que requieren empatía y comprensión.

Considerar la influencia de la cultura en el comportamiento y las expectativas

La autorreflexión también implica analizar cómo las diferencias culturales afectan las expectativas y el comportamiento tanto de los pacientes como de los colegas. Comprender que la cultura puede influir en la forma en que se expresan las emociones, cómo se percibe la autoridad o cómo se aborda el tiempo proporciona una base más sólida para crear estrategias de comunicación adecuadas. Por ejemplo, en algunas culturas, la confrontación directa puede considerarse grosera, mientras que en otras se ve como una expresión de honestidad. Ser consciente de estas diferencias ayuda a evitar malentendidos y conflictos.

Desarrollar habilidades de adaptación

La autorreflexión también ayuda a desarrollar la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones y personas. Comprender las propias reacciones ante diferentes estilos de comportamiento, que pueden derivarse de valores culturales distintos, permite ajustar mejor la actitud de uno mismo a las expectativas y necesidades de los demás. Por ejemplo, cuando se trabaja con un paciente de otra cultura que puede tener un enfoque diferente del tratamiento, la autorreflexión ayuda a ajustar la comunicación de manera que se respeten sus creencias y se garantice una atención adecuada.

Aprender de la experiencia

La autorreflexión es también un proceso de aprendizaje a partir de la experiencia. Después de cada interacción con un paciente o un compañero, es útil reflexionar sobre lo que ha ido bien y lo que se podría haber mejorado. Por ejemplo, ¿se ha logrado generar confianza?, ¿la comunicación ha sido clara?, ¿ha habido tensiones relacionadas con diferencias culturales durante la conversación? Este tipo de análisis permite mejorar continuamente las habilidades interpersonales y prepararse mejor para situaciones similares en el futuro.

Regulación emocional y gestión del estrés

Las diferencias culturales pueden desencadenar emociones que no siempre son fáciles de controlar. La autorreflexión ayuda a comprender qué emociones evocan situaciones específicas relacionadas con las interacciones interculturales. Esta conciencia permite aprender a regular mejor las emociones, lo cual es fundamen-

tal cuando se trabaja con pacientes que pueden estar bajo estrés o ansiedad, especialmente cuando se enfrentan a barreras culturales en el ámbito sanitario.

La cultura como recurso

La autorreflexión también ayuda a reconocer que la diversidad cultural puede ser un recurso valioso que enriquece nuestra práctica profesional. Comprender que cada cultura aporta valores, creencias y perspectivas únicas puede ayudar a fomentar un enfoque empático hacia los pacientes y los compañeros de trabajo. Como resultado, no solo mejoramos la calidad de las relaciones, sino que también mejoramos nuestra capacidad para resolver problemas de forma creativa y flexible.

2.5.2. Flexibilidad

La flexibilidad en el contexto del trabajo con pacientes se refiere a la capacidad de adaptar el comportamiento, el estilo de comunicación y el enfoque terapéutico para satisfacer las necesidades individuales, las expectativas y las condiciones culturales del paciente. Se trata de una habilidad fundamental, especialmente cuando se enfrenta a la diversidad de personas con las que se encuentra en el entorno sanitario.

Reconocer las necesidades individuales del paciente

Cada paciente es único, tanto física como emocionalmente, así como en términos de sus creencias culturales, religiosas o personales. La flexibilidad significa la capacidad de reconocer estas diferencias y responder a ellas de una manera adaptada a cada individuo. Por ejemplo, un paciente de un entorno cultural diferente puede tener un enfoque diferente del tratamiento y preferir los métodos tradicionales a las tecnologías modernas. Del mismo modo, una persona con antecedentes traumáticos puede requerir un enfoque específico caracterizado por una mayor paciencia y empatía durante las conversaciones (Schouten et al., 2023).

Adaptar el estilo de comunicación

La flexibilidad también implica la capacidad de adaptar el estilo de comunicación en función del paciente. Dependiendo de la edad, el nivel educativo, el idioma materno y la cultura, puede ser necesario modificar la forma de transmitir la información. Por ejemplo, un paciente mayor con problemas de audición puede necesitar que se le hable de forma clara y lenta, mientras que un paciente más joven con mejor acceso a los medios de comunicación modernos puede preferir una forma de comunicación más dinámica y concisa. Además, en un contexto cultural, las diferencias en la comunicación verbal y no verbal pueden influir significativamente en la eficacia de las interacciones. En algunas culturas, hacer preguntas directas puede considerarse descortés, mientras que en otras se considera normal.

El liderazgo es más eficaz cuando se basa en el respeto, la franqueza y la coherencia en las acciones.

Adaptación del enfoque terapéutico

La flexibilidad también se refiere a la capacidad de ajustar el enfoque del tratamiento en función de las preferencias del paciente. Por ejemplo, un paciente que profesa una religión específica puede preferir terapias alineadas con su fe, que incorporen oraciones, meditación u otras prácticas espirituales en el proceso terapéutico. Por otro lado, un paciente con experiencia médica puede estar más abierto a métodos de tratamiento modernos, pero es posible que necesite explicaciones detalladas sobre el proceso. En tales casos, un enfoque terapéutico flexible puede implicar la integración de métodos tradicionales con otros modernos, respetando las creencias del paciente y garantizando al mismo tiempo una atención eficaz.

Empatía y escucha activa

La flexibilidad en la comunicación también está relacionada con la empatía y la capacidad de escuchar activamente. Cuando un paciente se siente comprendido y respetado, es más probable que hable abiertamente sobre su estado de salud, sus preocupaciones y sus necesidades. La flexibilidad significa que los profesionales sanitarios pueden adaptar sus respuestas a las emociones y al nivel de comodidad del paciente. Por ejemplo, si un paciente expresa miedo ante un tratamiento, la flexibilidad implica ajustar el tono de voz, el lenguaje corporal y la forma de explicar los procedimientos para garantizar una sensación de seguridad y comodidad.

Comprender el impacto de la cultura en las expectativas de los pacientes

La flexibilidad en la comunicación también implica reconocer que las diferencias culturales pueden influir en las expectativas de los pacientes con respecto al tratamiento, la comunicación y las relaciones con los profesionales sanitarios. Por ejemplo, en algunas culturas existe un mayor respeto por la jerarquía, lo que significa que el paciente puede esperar que el médico tome todas las decisiones sin involucrarlo en los detalles. En otras culturas, los pacientes pueden preferir un enfoque más colaborativo, en el que participan plenamente en el proceso de toma de decisiones.

Flexibilidad para responder a los cambios en el estado de salud del paciente

La flexibilidad no es solo la capacidad de adaptarse al enfoque inicial con un paciente, sino también la capacidad de responder a las circunstancias cambiantes durante el tratamiento. Los cambios en la salud del paciente, sus reacciones al tratamiento o el desarrollo de necesidades emocionales requieren una rápida adaptación. La flexibilidad significa ajustar el plan de tratamiento para satisfacer las necesidades únicas del paciente.

Mantener la profesionalidad a pesar de las circunstancias cambiantes

Si bien es esencial adaptarse al paciente, es igualmente importante mantener la profesionalidad y proteger los límites personales. La flexibilidad no significa abandonar los estándares éticos o profesionales, sino más bien la capacidad de ajustar un enfoque de manera que siga siendo coherente con los requisitos de la profesión y el bienestar del paciente. Por ejemplo, si un paciente intenta traspasar

los límites profesionales (por ejemplo, solicitando acciones poco éticas), la flexibilidad implica recordarle de manera amable pero firme los límites profesionales.

Resolución creativa de problemas

Trabajar con pacientes de diversos orígenes culturales o con necesidades diferentes también requiere la capacidad de pensar de forma creativa para resolver problemas. A veces, un paciente puede tener necesidades inusuales que no se pueden satisfacer fácilmente con los procedimientos estándar. En tales casos, la flexibilidad permite encontrar soluciones nuevas y adecuadas que sean eficaces y respetuosas con las necesidades individuales del paciente.

2.5.3. Empatía

La empatía es una habilidad clave en el trabajo con pacientes, especialmente en el contexto de la diversidad cultural. Implica la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de un paciente, independientemente de su origen cultural, religioso, social o emocional. En el ámbito de la atención sanitaria, la empatía facilita una comunicación más eficaz, genera confianza y permite adaptar la atención a las necesidades individuales del paciente (González-Tapia, 2023).

Comprender las emociones del paciente

La empatía comienza con la capacidad de reconocer y comprender las emociones del paciente, incluso cuando se expresan de una manera diferente a la que estamos acostumbrados. El paciente puede experimentar miedo, incertidumbre, dolor o frustración, y comprender estos sentimientos es fundamental para proporcionar una atención adecuada. Independientemente del origen cultural del paciente, sus emociones merecen respeto y comprensión. La empatía permite a los profesionales sanitarios adaptar su comunicación para que el paciente se sienta escuchado y comprendido.

Escucha activa

La escucha activa es la base de la empatía. Implica centrarse por completo en el paciente, comprender sus palabras y también prestar atención a las señales no verbales, como las expresiones faciales, la postura corporal y el tono de voz. La escucha activa permite comprender mejor al paciente y sus necesidades, lo cual es especialmente importante en el contexto de las diferencias culturales. A menudo, lo que dice el paciente no refleja plenamente el alcance de sus emociones, por lo que es importante escuchar «entre líneas» y prestar atención a lo que no se dice.

Comprender diferentes perspectivas culturales

La empatía no consiste solo en compartir los sentimientos del paciente, sino también en comprender que puede ver el mundo de forma diferente debido a su cultura, religión o tradiciones. Por ejemplo, en algunas culturas existe un gran respeto por la autoridad del médico, lo que puede hacer que el paciente se muestre reacio a expresar sus preocupaciones o dudas, incluso si las siente. En otras culturas, los pacientes pueden estar más abiertos a hablar de sus problemas de salud. La empatía requiere

re comprender estas diferencias y adaptar la comunicación para que el paciente se sienta cómodo y tenga la oportunidad de expresar libremente sus necesidades.

La empatía en la atención sanitaria significa comprender más allá de las diferencias.

Compasión sin juzgar

La empatía también implica la capacidad de evitar juzgar. Independientemente de cómo vea el paciente su situación o las decisiones que tome sobre su salud, es importante mostrar comprensión y compasión. El paciente puede tomar decisiones que parezcan contradecir el consejo médico. Sin empatía, es fácil juzgarlo. Comprender que las decisiones del paciente pueden derivarse de sus miedos, creencias, experiencias vitales o antecedentes culturales ayuda a crear un entorno en el que el paciente se sienta apoyado en lugar de criticado.

Adaptarse a las necesidades individuales

La empatía requiere que los profesionales sanitarios adapten su enfoque a las necesidades individuales del paciente, teniendo en cuenta no solo su estado de salud, sino también los aspectos emocionales y culturales de su vida. Para algunos pacientes, puede ser útil una explicación detallada del proceso de tratamiento, mientras que para otros puede ser más importante garantizar que se respeten sus creencias espirituales o culturales. La empatía permite a los profesionales sanitarios reconocer estas sutiles diferencias y adaptar su enfoque en consecuencia.

Crear confianza y relaciones

La empatía es la base para generar confianza entre el paciente y los profesionales sanitarios. Un paciente que se siente comprendido y respetado es más propenso a cooperar, lo cual es fundamental para el proceso de tratamiento. La confianza, a su vez, mejora la comunicación, conduce a una mejor comprensión de las necesidades del paciente, a un tratamiento más eficaz y a una mayor satisfacción con los servicios sanitarios.

Afrontar situaciones difíciles

La empatía también es muy valiosa para manejar situaciones emocionalmente difíciles. Para los pacientes en etapas terminales de una enfermedad, aquellos con problemas de salud graves o que atraviesan crisis, la empatía ayuda a brindar apoyo, una sensación de seguridad y consuelo. Comprender las emociones del paciente en esos momentos es fundamental para ayudarlo a atravesar experiencias difíciles, ofreciéndole no solo apoyo físico, sino también consuelo emocional.

Fortalecer el sentido de la dignidad del paciente

La empatía ayuda a mantener la dignidad del paciente, especialmente en situaciones que pueden resultar difíciles o humillantes para él, como los exámenes médicos o los procedimientos. Mostrar comprensión y compasión hace que el paciente se sienta más cómodo, lo cual es esencial para su bienestar y para cómo percibe la calidad de la atención que está recibiendo.

La empatía en la atención al paciente es la capacidad de sumergirse en su situación y comprender su perspectiva, independientemente de las diferencias culturales. Esto incluye escuchar activamente, evitar juzgar, comprender las emociones y el

La profesionalidad implica sensibilidad, saber distinguir las diferencias y ofrecer una atención adaptada a las necesidades individuales de cada persona.

bagaje cultural del paciente, y adaptar el enfoque para satisfacer las necesidades individuales. A través de la empatía, el paciente se siente respetado, comprendido y apoyado, lo que mejora significativamente la calidad de la atención y fortalece la relación entre el paciente y los profesionales sanitarios (Riess, 2014).

2.5.4. Defensa de los derechos del paciente

La defensa de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria se refiere a la promoción activa de la igualdad y la justicia en el acceso a la atención médica, en particular mediante la eliminación de las desigualdades y el apoyo a los grupos marginados. La defensa no se limita a la lucha por los derechos de los pacientes, sino que también incluye los esfuerzos por reformar los sistemas que pueden obstaculizar el acceso equitativo y justo a la asistencia sanitaria. Las acciones en el ámbito de la defensa pueden abarcar una amplia gama de intervenciones, desde esfuerzos a nivel individual hasta cambios sistémicos (Sundler, 2020).

Promoción de la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria

La defensa de los derechos de los pacientes afirma que todas las personas, independientemente de su origen, condición social o situación económica, merecen el mismo acceso a una atención sanitaria de alta calidad. Muchas personas, especialmente aquellas pertenecientes a grupos marginados (por ejemplo, personas de familias con bajos ingresos, minorías étnicas o personas con discapacidad), se enfrentan a obstáculos para acceder a la atención sanitaria, como la falta de seguro médico, las dificultades de comunicación con los profesionales sanitarios o el acceso limitado a servicios especializados. La defensa de los pacientes tiene como objetivo eliminar estos obstáculos y luchar para garantizar que todos los pacientes tengan las mismas oportunidades de recibir una atención adaptada a sus necesidades individuales.

Eliminar las desigualdades sociales y económicas

Las desigualdades sociales y económicas tienen un impacto directo en la calidad y la accesibilidad de la atención sanitaria. La defensa de los derechos se centra en identificar y eliminar estas desigualdades, que pueden influir en las decisiones de los pacientes en materia de salud o restringir su acceso a una atención adecuada. Las personas que viven en la pobreza, los ancianos, las minorías étnicas y las personas LGBTQ+ pueden sufrir discriminación en la atención sanitaria, lo que conduce a peores resultados de salud. Acciones como la presión para que se adopten

políticas sanitarias que aborden estas desigualdades tienen como objetivo crear un sistema sanitario más justo que tenga en cuenta las necesidades de todos los pacientes.

Apoyo a los grupos marginados

La defensa de los derechos es especialmente importante para los grupos sociales que pueden no tener voz en los procesos tradicionales de toma de decisiones. Grupos como las minorías étnicas, las personas con discapacidad, los ancianos, las personas LGBTQ+ y las personas que viven con el VIH/SIDA a menudo se enfrentan a retos adicionales para acceder a la atención sanitaria. Los representantes trabajan en nombre de estas personas para garantizar que tengan acceso a los servicios médicos adecuados y para concienciar sobre sus necesidades sanitarias específicas. El apoyo a los grupos marginados implica educar tanto a la sociedad como a los profesionales sanitarios sobre estos retos y promover la igualdad en todos los aspectos de la atención sanitaria.

Educación y concienciación social

La defensa de los derechos de los pacientes no solo consiste en trabajar dentro del sistema sanitario, sino también en educar a la sociedad y a las instituciones sobre cuestiones relacionadas con las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria. La colaboración con organizaciones no gubernamentales, la realización de campañas públicas, la elaboración de informes y estudios sobre las desigualdades en la atención sanitaria y la promoción de políticas públicas que aumenten la disponibilidad y la calidad de los servicios sanitarios para los grupos marginados contribuyen a los esfuerzos de defensa. La sensibilización social sobre las desigualdades en la atención sanitaria es fundamental para movilizar el cambio a nivel local, nacional y mundial.

Colaboración con los legisladores y elaboración de políticas sanitarias

La defensa de los derechos en el ámbito de la salud también implica esfuerzos para crear políticas públicas que promuevan la igualdad y la justicia en el acceso a la atención médica. Esto incluye no solo acciones a nivel local, sino también influir en los legisladores y políticos para que implementen cambios en las regulaciones sanitarias que sean más justas y equitativas. Esto puede implicar presionar para que se modifiquen las políticas de seguro médico, el acceso a los medicamentos y las reformas en los sistemas de salud que aborden las desigualdades derivadas de diversos factores sociales y económicos.

Acciones a nivel individual

La defensa no se limita a acciones sistémicas o políticas, sino que también puede incluir esfuerzos a nivel individual. En el contexto de la atención médica, esto puede implicar ayudar a los pacientes a navegar por el sistema de salud, representar sus intereses en las interacciones con los médicos o las instalaciones médicas y brindar apoyo durante todo el proceso de tratamiento. A menudo, los pacientes de grupos marginados pueden no saber cómo utilizar eficazmente el sistema

de salud, y el papel del defensor es proporcionar información, apoyo emocional y asistencia para resolver posibles problemas.

Retos en la defensa de los pacientes

La defensa de los derechos puede enfrentarse a numerosos retos, entre ellos la resistencia de instituciones acostumbradas a funcionar sin dar prioridad a la igualdad y la justicia. Además, los cambios en el sistema sanitario requieren tiempo, recursos y la colaboración de diversas partes interesadas. A pesar de estos retos, las iniciativas de defensa son fundamentales para lograr un sistema sanitario más justo, igualitario y accesible.

La promoción de la igualdad en el sistema sanitario desempeña un papel decisivo, ya que toda persona merece ser escuchada y todo el mundo tiene derecho a un acceso equitativo a la atención médica.

La defensa de los pacientes en el ámbito sanitario consiste en la búsqueda activa de la igualdad, la justicia y la eliminación de las desigualdades en el acceso a la atención médica. Implica tanto acciones sistémicas como individuales destinadas a apoyar a los grupos marginados, educar a la sociedad, colaborar con los responsables de la toma de decisiones y crear políticas sanitarias que promuevan la igualdad. El objetivo es crear un sistema sanitario justo que garantice que todos los pacientes tengan acceso a los servicios sanitarios adecuados, independientemente de su origen social o cultural.



Referencias

- Alkhamees, M., & Alasqah, I. (2023). Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. *Heliyon*, 9(12), e22667. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22667>
- Araque, J. C., & Weiss, E. L. (n.d.). Cultural proficiency and diversity considerations in the workplace. *Leadership with Impact* (pp. 63–286).
- Balakrishnan, K., & Arjmand, E. M. (2019). The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(1), 35–46.
- Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., Doroszevska, A., Libura, M., Chojnacka-Kuraś, M., Małecki, Ł., Kowalski, Z., & Jankowska, A. K. (2023). Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – The review and recommendations. *BMC Medical Education*, 23(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04533-5>
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(Suppl 1), 181–217.
- Culyer, T. (1995). Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science & Medicine*, 40(6), 727–730.
- Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J. G., Feder, S. L., Shreve, S. T., et al. (2020). End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62, 213–222.
- Fatima Cody Stanford. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249.
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc83.
- Gill, G. K., McNally, M. J., & Berman, V. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. *Healthcare Management Forum*, 31(5), 196–199. <https://doi.org/10.1177/0840470418773785>
- Gonzalez-Tapia, G., & Lazzaro-Salazar. (2023). Medical empathy in the physician-patient relationship: A review from a cultural perspective. *Revista Médica de Chile*, 151(9), 1233–1240. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000901233>.
- Horst, A., Schwartz, B. D., Fisher, J. A., Michels, N., & Van Winkle, L. J. (2019). Selecting and performing service-learning in a team-based learning format fosters dissonance, reflective capacity, self-examination, bias mitigation, and compassionate behavior in prospective medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3926.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, Article 232.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42, 727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Kienle, R., Freytag, J., Lück, S., Eberz, P., Langenbeck, S., Sehy, V., et al. (2021). Communication skills training in undergraduate medical education at Charité – Universitätsmedizin Berlin. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc56.

- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in health-care. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 7, e2219. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000002219>
- Puch, E. A., Nowak-Jaroszyk, M., & Swora-Cwynar, E. (2020). Medical error in theory and practice A review of the most important issues. *Medycyna Pracy*, 71(5), 613–630.
- Rider, E. A., Hinrichs, M. M., & Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28, e127–e134
- Riess, H., & Kraft-Todd. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000000287>
- Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Sheridan, J. F., & Glaser, R. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70(7), 786792. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285.
- Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtson, M., & Uman, T. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. *Health Care Management Review*, 48(4). <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000379>
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2018). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46–54.
- Sundler, A. J., Darcy, L., Raberus, A., & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patients’ complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations*, 23(3), 614–621.

Reflexión final: relevancia para la competencia cultural y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

El capítulo «Diversidad e inclusión en la asistencia sanitaria» se alinea directamente con los supuestos del modelo EMPOWER, sirviendo como su extensión práctica y conceptual. Las cuestiones tratadas, como la importancia de la diversidad cultural, la necesidad de un liderazgo inclusivo, el desarrollo de habilidades interpersonales y la eliminación de barreras en el acceso a la asistencia sanitaria, reflejan los pilares fundamentales del modelo: eficacia, multiculturalismo, profesionalidad, bienestar y recursos educativos. El contenido de este capítulo apoya especialmente el desarrollo de competencias culturales reflexivas, que son la base del modelo EMPOWER. El énfasis en la autoconciencia, la empatía, la flexibilidad y la autorreflexión en los equipos de atención sanitaria se hace eco del concepto de humildad cultural, un componente central de EMPOWER. El capítulo destaca que la verdadera comprensión de un paciente requiere no solo conocimientos, sino también la voluntad de aprender de él, lo cual es un principio rector del modelo. Además, el capítulo promueve el fortalecimiento del papel de los pacientes, especialmente en el contexto de la construcción de relaciones basadas en la confianza y sensibles a las diferencias culturales. El principio de la participación activa del paciente, fuertemente enfatizado en el modelo EMPOWER, se refleja claramente en las estrategias descritas para adaptar la atención a las necesidades culturales y lingüísticas de los usuarios de la asistencia sanitaria. El capítulo también aborda la importancia del bienestar profesional entre los proveedores de asistencia sanitaria, demostrando que trabajar en un entorno culturalmente diverso requiere apoyo emocional, educativo y organizativo. El énfasis en el desarrollo de habilidades sociales, como la regulación emocional y la gestión del estrés, se corresponde con el componente de bienestar del modelo EMPOWER, que aboga por un entorno de aprendizaje y de trabajo saludable. En conclusión, este capítulo proporciona una base teórica y práctica sólida para implementar el modelo EMPOWER en la educación y la práctica de la atención sanitaria. Demuestra que una atención sanitaria eficaz en una sociedad culturalmente diversa requiere no solo el conocimiento de las diferencias, sino también una actitud de apertura, humildad y desarrollo continuo, todo lo cual fomenta activamente el modelo EMPOWER.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Capítulo 3

Globalización y multiculturalismo en la educación médica y equipos terapéuticos

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Universidad Nacional de Medicina Ivan Horbachevsky de Ternopil,
Ministerio de Salud de Ucrania (Ucrania)*

“

La eliminación de las desigualdades en la atención sanitaria, tanto dentro de las fronteras de cada país como entre ellos, es un principio básico de la profesionalidad médica.

«El profesionalismo médico en el nuevo milenio: una carta médica».
La Junta Americana de Medicina Interna, el Colegio Americano de Médicos,
la Sociedad Americana de Medicina Interna, la Federación Europea de
Medicina Interna y la Asociación Médica Canadiense, 2002

3.1. Introducción

La globalización está cambiando la salud y la asistencia sanitaria. El aumento de la migración mundial y los desplazamientos forzados debido a guerras, conflictos, crisis y desastres naturales aumentan el riesgo de propagación de diversas enfermedades y ponen de relieve las interconexiones entre los continentes en materia de salud y medicina (Drain et al., 2007).

La globalización en la educación conduce a la expansión de la movilidad académica, la unificación de los planes de estudio y los métodos de enseñanza, el rápido desarrollo de la educación a distancia y el uso de nuevas formas de educación, lo que contribuye a la integración de la ciencia médica en un espacio científico global (Dvornik et al., 2022).

Como señala Knight (2020), el panorama de la internacionalización ha cambiado significativamente en los últimos años, lo que tiene implicaciones tanto positivas como negativas para las instituciones de educación superior de todo el mundo. Esta evolución forma parte de un cambio más amplio hacia la globalización, en el que las instituciones se centran cada vez más en preparar a los estudiantes para un mundo interconectado.

En los últimos años, se ha producido un aumento significativo de la demanda de formación en salud global y multiculturalismo entre los estudiantes de medicina y ciencias de la salud. Los cambios en las profesiones médicas y otros ámbitos requieren la ampliación de la formación en salud global de los estudiantes para que puedan cumplir con mayor eficacia sus responsabilidades profesionales y sociales (Izadnegahdar, et al., 2008). Para las universidades, la internacionalización implica adoptar una actitud más acogedora, crear más oportunidades para los estudiantes y el profesorado internacionales, introducir diversas iniciativas, promover las asociaciones internacionales y los programas de intercambio, ofrecer oportunidades para aprender idiomas y culturas, y fomentar la diversidad y la inclusión en la vida universitaria.

La diversidad cultural es «la existencia de diversos grupos culturales o étnicos en una sociedad». En otras palabras, este fenómeno se refiere a una población en la que se representan numerosas diferencias entre culturas. Los tipos de diversidad en el lugar de trabajo incluyen, entre otros, la raza, la etnia, la edad, la capacidad, el idioma, la nacionalidad, el estatus socioeconómico, el género, la religión o la orientación sexual. Dada la historia política y mundial, es importante comprender lo que significa la diversidad cultural en el lugar de trabajo y en el equipo, especialmente si el objetivo del equipo es proteger la vida y la salud humanas.



La cultura es algo que moldea a una persona, influye en su comportamiento y creencias, y define su identidad. La diversidad cultural en el lugar de trabajo es la inclusión de empleados de diferentes orígenes, razas, géneros, orientaciones sexuales y opiniones políticas. El término «diversidad cultural» fomenta un entorno de inclusión en el que personas de diferentes culturas y orígenes se unen para trabajar en equipo.

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- **Explorar la globalización:** Analizar cómo la globalización influye en las prácticas y políticas sanitarias en diferentes contextos culturales, centrándose en conceptos como el etnocentrismo, la aculturación, la asimilación y la integración.
- **Definición de conceptos clave:** aclarar términos como globalización, etnocentrismo, aculturación, asimilación e integración.
- **Identificar el multiculturalismo:** Reconocer la importancia del multiculturalismo en el fomento de una educación médica inclusiva y de equipos terapéuticos eficaces.
- **Enfatizar la diversidad:** Destacar la importancia de las perspectivas diversas para mejorar la atención al paciente y los resultados en los entornos sanitarios.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- **Describir cómo la globalización** afecta a los sistemas y prácticas sanitarias en diferentes entornos culturales.
- **Definir términos clave:** Definir «multiculturalismo» y su importancia para crear un entorno educativo médico inclusivo, «globalización», «cosmopolitismo», «etnocentrismo», «aculturación» y «política multicultural en el lugar de trabajo».
- **Identificar el multiculturalismo:** comprender cómo la conciencia de los diversos orígenes culturales mejora el trabajo en equipo y la colaboración en los entornos sanitarios.
- Ilustrar el papel de **las perspectivas diversas** en la mejora de la atención al paciente y los resultados en la práctica clínica.
- Debatar los beneficios de **la competencia cultural** y la educación en salud global para configurar el comportamiento y la competencia futuros de los profesionales sanitarios.

Definiciones y términos relevantes

Globalización: La globalización en la asistencia sanitaria se refiere a la creciente interconexión de los sistemas, las prácticas y las políticas sanitarias en todo el mundo. Esto incluye el intercambio de conocimientos médicos, tecnología y recursos, así como la circulación transfronteriza de profesionales sanitarios y pacientes. Comprender la globalización es esencial para los estudiantes de medicina y ciencias de la salud, ya que repercute en la salud pública, el acceso a la asistencia médica y la propagación de enfermedades (Beaglehole y Bonita, 2010).

Cosmopolitismo: El cosmopolitismo en el contexto médico hace hincapié en la importancia de tratar a todos los pacientes con respeto y dignidad, reconociendo sus diversos orígenes e identidades culturales. Los profesionales médicos deben adoptar un enfoque cosmopolita de la atención sanitaria, lo que implica estar abiertos a diferentes creencias y prácticas sanitarias y

comprender que la competencia cultural es vital para la atención eficaz de los pacientes y los resultados del tratamiento (Hagger y Orbell, 2003).

Etnocentrismo: El etnocentrismo se refiere a la práctica de evaluar otras culturas utilizando los estándares de la propia cultura, lo que puede dar lugar a sesgos en la prestación de la atención sanitaria. Para los estudiantes de medicina y ciencias de la salud, comprender el etnocentrismo es fundamental para reconocer los posibles prejuicios que pueden afectar a las interacciones con los pacientes, el cumplimiento del tratamiento y los resultados generales de salud. Subraya la importancia de la humildad cultural y el respeto en la práctica médica (Henrickson, 2006).

Aculturación: La aculturación en el ámbito sanitario se refiere a cómo los pacientes de diferentes orígenes culturales se adaptan a los nuevos sistemas y prácticas sanitarias. Los estudiantes deben ser conscientes de este proceso, ya que puede influir en el comportamiento de los pacientes, sus creencias sobre la enfermedad y su actitud hacia el tratamiento. Comprender la experiencia de aculturación de un paciente puede ayudar a los profesionales sanitarios a ofrecer una atención más personalizada y eficaz (Rojas y Smith, 2009).

Política de multiculturalismo en el lugar de trabajo: La política de multiculturalismo en el lugar de trabajo sanitario implica crear un entorno inclusivo que valore la diversidad entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Para los estudiantes de medicina, comprender estas políticas es importante para fomentar la colaboración y la comunicación en equipos diversos, mejorar la atención centrada en el paciente y abordar las disparidades sanitarias entre los distintos grupos culturales (Kuehn, 2017).

Multiculturalismo: El multiculturalismo en la asistencia sanitaria reconoce y valora la presencia de diversos grupos culturales entre la población de pacientes. Para los estudiantes, aceptar el multiculturalismo significa ser consciente de las diferencias culturales en las creencias, prácticas y preferencias en materia de salud. Esta perspectiva es fundamental para proporcionar una atención competente que respete las necesidades individuales y mejore los resultados sanitarios en una sociedad diversa (Bhui y Dinos, 2015).

3.2. Lo que dice la investigación

3.2.1. Globalización

El concepto de **alfabetización global** incluye el pensamiento crítico sobre cuestiones globales, la sensibilidad cultural, el comportamiento cooperativo y el respeto intercultural (Bulut y Öksüzoğlu, 2021).

La aldea global es un término sociológico y filosófico que hace referencia al hecho de que la humanidad moderna vive en estrecha interacción gracias a los avances tecnológicos que reducen las barreras geográficas y culturales. El concepto hace hincapié en cómo la globalización y las tecnologías de la comunicación crean un sentido de comunidad entre personas de diferentes partes del mundo.

La alfabetización global incluye cuatro dimensiones principales (Zhang, Hsu y Wang, 2010):

1. conciencia de la diversidad cultural,
2. adopción de la ciudadanía global,
3. reconocimiento de la interconexión entre las naciones.
4. Confianza en el uso de nuevas habilidades para tener éxito en la «aldea global».

Hay dos fundamentos principales que son importantes para definir a un ciudadano global:

- cosmopolitismo: aceptación y comprensión de la cultura de los demás
- etnocentrismo: como base para preservar la propia identidad étnica y cultural.

El cosmopolitismo se refiere a la ideología según la cual todos los seres humanos, independientemente de su nacionalidad, etnia o cultura, pertenecen a una única comunidad global. Defiende la idea de que los individuos tienen obligaciones morales hacia los demás más allá de sus vínculos locales o nacionales, haciendo hincapié en los valores universales y el respeto mutuo entre las diversas culturas. En la documentación oficial, organizaciones como las Naciones Unidas suelen promover principios alineados con el cosmopolitismo, especialmente en relación con los derechos humanos, la cooperación global y el desarrollo sostenible. En documentos relacionados con la educación para la ciudadanía global, por ejemplo, el cosmopolitismo se presenta como un fomento del sentido de pertenencia a una familia humana más amplia y de la idea de interconexión entre las personas de todo el mundo (Pogge, 2006).

Los estudiantes de medicina y ciencias de la salud contemporáneos se enfrentan al reto de comprender y reconocer la complejidad y singularidad de las experiencias individuales. Esta es la base del concepto de cosmopolitismo que, junto con el humanismo, la preocupación por los demás, la necesidad de apreciación intercultural y la sensibilidad, debe ser una característica integral de las profesiones estrechamente relacionadas con el cuidado y el tratamiento de las personas.

3.2.2. La globalización en la educación médica

La globalización en la educación está dando lugar a una mayor movilidad académica, la unificación de los planes de estudios y los métodos de enseñanza, el rápido desarrollo de la educación a distancia y una mayor comprensión de la necesidad de utilizar nuevas formas de educación. Los programas de intercambio para estudiantes son bien conocidos: Erasmus (UE), DAAD (Alemania), Global UGRAD (EEUU). Cada año, son más los estudiantes que desean aprovechar estas oportunidades. Esto

Para comunicarse entre sí, así como con profesores y profesionales de la salud, existen diversas plataformas, chats y grupos en los que se debaten casos clínicos interesantes, tareas o pruebas, peculiaridades de la atención sanitaria en función de las circunstancias, oportunidades de realizar prácticas internacionales, participación en programas de becas, etc. Vale la pena intentar unirse a ellos.

se ve facilitado por el reconocimiento mutuo de los títulos, la creación de una red de universidades europeas, la posibilidad de obtener un segundo título de educación superior, la creación de un centro europeo para el desarrollo de la educación y la eliminación de las fronteras estatales de las instituciones de educación superior.

La flexibilidad, la adaptabilidad, la modularidad, la rentabilidad, la orientación al consumidor y la dependencia de las tecnologías avanzadas de la comunicación y la información se están convirtiendo en características distintivas del proceso educativo moderno. Esto ha creado las condiciones para el desarrollo del espacio educativo global, la aculturación, la exportación e importación de la educación y la unificación del potencial intelectual, creativo, informativo, científico y pedagógico del mundo.

Aunque la medicina está íntimamente ligada al fenómeno de la globalización, muy pocos estudiantes de medicina y ciencias de la salud tienen experiencia en salud global y conocimientos suficientes de estudios culturales. Esto se debe a menudo a los altos costes, la falta de motivación y el desinterés de los profesores. También puede estar relacionado con los planes de estudios, que o bien no incluyen estos componentes o bien exigen a los estudiantes que desarrollen sus propias capacidades.

El mundo moderno está experimentando una intensa globalización, y la profundización de las comunicaciones interculturales contribuye a la transformación de las visiones del mundo y genera búsquedas innovadoras en cada cultura. La interacción entre culturas genera la necesidad de replantearse la importancia de los contactos interculturales y la propia identidad cultural, que se basa en la idea de la tolerancia intercultural y la percepción adecuada de las diferencias culturales, que son, en tales circunstancias, requisitos previos necesarios para unas relaciones efectivas entre culturas y el entendimiento mutuo entre sus hablantes (Kovtun & Harmash, 2020).

3.2.3. Etnocentrismo

Según Dutton et al. (2016), existen dos tipos de etnocentrismo: **positivo y negativo**. El etnocentrismo positivo se refiere al orgullo por el propio grupo étnico o nación y a la voluntad de sacrificarse por él, mientras que el etnocentrismo negativo implica prejuicios irracionales y hostilidad hacia otros grupos étnicos.

Aunque existe un cierto grado de etnocentrismo generalizado, este puede variar entre los distintos grupos raciales y étnicos. Además, la intensidad, o incluso la polaridad, del etnocentrismo puede fluctuar y cambiar en función de las circunstancias del entorno, los cambios en el círculo social u otros factores. Por ejemplo, estudios realizados por investigadores turcos (Karadas, et al. 2023, Köse, İpek & Çopur, 2024) analizaron el nivel de etnocentrismo y xenofobia entre las

enfermeras que trabajaban con refugiados, ya que su número ha aumentado drásticamente en Turquía en los últimos años. Se descubrió que el nivel de etnocentrismo estaba por debajo de la media y que la xenofobia estaba por encima de la media, y que existía una relación directamente proporcional: a medida que aumentaba el nivel de etnocentrismo, también lo hacía el nivel de xenofobia. Este estudio pone de manifiesto las tendencias y los problemas actuales en la prestación de servicios sanitarios en determinadas sociedades.

El etnocentrismo (del griego ethnos, «grupo, tribu, pueblo», y del latín centrum, «foco, centro») es la capacidad de los individuos, los grupos sociales y las comunidades (como portadores de la identidad étnica) de percibir y evaluar los fenómenos de la vida a través del prisma de las tradiciones y los valores de su propia comunidad étnica, que actúa como una norma general u óptima.

Un estudio realizado por investigadores japoneses demostró que las personas con un mayor nivel de etnocentrismo no siempre rechazan otras culturas, tienen una alfabetización global limitada o carecen de deseo de ser ciudadanos globales. Por el contrario, el orgullo y la identificación con la cultura y los valores japoneses están relacionados positivamente con la alfabetización global. Según la teoría de la identidad social, el etnocentrismo se considera en la mayoría de los casos como una positividad intra-grupal independiente de los grupos externos (Zhang y Takahashi, 2024), lo que significa que la identidad étnica no debe verse simplemente como un rechazo de los grupos o las culturas extranjeros.

“

«La guerra impulsa cambios y adaptaciones, y viceversa, los cambios en la sociedad afectan a la guerra», «la guerra es una especie de elixir para la sociedad, que la fortalece y manifiesta sus partes nobles».

– MacMillan, M. (2020). War: How conflict shaped us. [Primera edición estadounidense]. Nueva York, Random House..

La identidad étnica se acentúa aún más en tiempos de conflicto. A partir de datos de treinta y seis países africanos (Bizumic, Monaghan y Priest, 2021), se examinó la relación entre los conflictos étnicos y diversos indicadores de cohesión social, y se encontró una correlación positiva. Este hallazgo se entiende como el resultado de la dinámica etnocéntrica generada por el conflicto: la guerra aumenta la identificación étnica y el comportamiento prosocial. Historiadores ucranianos que han analizado las guerras que tuvieron lugar en el territorio de Ucrania han llegado a conclusiones similares. La guerra aceleró cualitativamente los procesos de auto-descubrimiento nacional. Impulsó una clara elección entre «amigo o enemigo». El resultado fue una profundización de la autorreflexión nacional. La guerra se convirtió en un medio para repensar, encontrar y construir la propia identidad (Borchuk y Kostyuchok, 2024). A pesar de que el etnocentrismo se considera a menudo un obstáculo para la interacción interétnica e intercultural, sirve para mantener y preservar la identidad étnica, la integridad y la especificidad (Ustymenko, 2018).

3.3. Multiculturalismo y diversidad en equipos terapéuticos

«De todas las formas de desigualdad, la injusticia en materia de salud es la más impactante e inhumana».

– Dr. Martin Luther King

“

La diversidad cultural desempeña un papel fundamental en los equipos, ya que aporta igualdad y una gran riqueza de perspectivas diversas. Numerosos estudios realizados en países altamente desarrollados destacan su impacto positivo y la importancia de la inclusión para el éxito empresarial y económico (Jaganya, Janani y Durgalakshm, 2024).

Tipos de diversidad en el lugar de trabajo:

- **género** (las mujeres representan un porcentaje mayor de la población activa que nunca),
- **raza y etnia** (el desarrollo de la identidad étnica y racial conduce a una mayor diversidad cultural),
- **comunidad transgénero** (un grupo complejo de personas con diferentes antecedentes, experiencias y retos, que requiere una atención especial en la estrategia de los empleadores),
- **edad** (tanto los empleados más jóvenes como los de más edad pueden sufrir prejuicios; impartir formación a todas las edades y ofrecer programas de tutoría puede ayudar a garantizar que el lugar de trabajo sea diverso e inclusivo),
- **empleados con discapacidad** (la discapacidad puede abarcar muchas diferencias y debe abordarse combatiendo las percepciones negativas sobre las personas con discapacidad mental o física),
- **salud mental** (centrarse en la salud mental, junto con proporcionar bienestar en el lugar de trabajo, ayudará a combatir una variedad de problemas de salud mental),
- **neurodiversidad** (reconocer y proporcionar un entorno favorable para las personas con diferencias neurológicas ayuda a los equipos a reconocer las diferencias y preferencias en la selección del tipo de trabajo),
- **Estilo de pensamiento** (cada persona tiene un estilo de pensamiento diferente, lo que puede aumentar la creatividad si la persona y su función en el equipo encajan bien y, a la inversa, puede causar estrés si no encajan correctamente).

Un equipo multicultural es aquel cuyos miembros proceden de diferentes países, etnias y culturas, y hablan diferentes idiomas. Cada miembro de un equipo de este tipo debe demostrar sensibilidad cultural. También es importante mostrar respeto por la diversidad y tener en cuenta las diferentes costumbres y requisitos culturales. La diversidad cultural en el lugar de trabajo permite formar equipos que reúnen diferentes perspectivas y talentos, lo que aumenta la innovación y contribuye a una mayor eficiencia y productividad. Se ha demostrado que las empresas con equipos de liderazgo que se encuentran en el 25 % superior en cuanto a diversidad racial y étnica tienen un 33 % más de probabilidades de superar a sus competidores en términos de rentabilidad (Hunt et al., 2018).

Entre las empresas que han implementado con éxito políticas multiculturales se encuentran:

- Google: una empresa que apoya activamente la diversidad cultural a través de programas de formación y desarrollo destinados a atraer a empleados de diferentes culturas.
- Microsoft es una empresa que ofrece formación en competencia intercultural y crea un entorno de trabajo inclusivo en el que se respetan los diferentes valores culturales.

Un equipo diverso significa más innovación, decisiones más informadas y mejores resultados, lo que añade valor a todas las partes interesadas. Una cultura inclusiva significa escuchar a todos los empleados y respetar su trabajo. También ayuda a mantener un entorno de trabajo satisfactorio que garantiza el éxito personal y profesional (Afridah y Lubis, 2024).

El multiculturalismo en el lugar de trabajo aporta numerosas ventajas, como una mayor creatividad, un mejor trabajo en equipo y un aumento de la productividad.

Un lugar de trabajo multicultural debe centrarse en aunar las necesidades culturalmente diversas que están directamente relacionadas con el trabajo, así como oportunidades y hábitos más amplios. Se debe prestar atención a la calidad nutricional y alimentaria de los comedores para los empleados de diferentes culturas, así como a la necesidad de disponer de una sala de oración o meditación acorde con las necesidades culturales.

La diversidad cultural ayuda a desarrollar y maximizar las habilidades y el talento (Thomas, 2024). La diversidad de ideas y experiencias permite aprender de compañeros de otras culturas, aumentar la capacidad para resolver problemas y aumentar la productividad. En un entorno en el que se escuchan todas las voces, este espíritu de innovación y estímulo a la contribución contribuye al éxito en el lugar de trabajo. La diversidad cultural aumenta la creatividad de la plantilla. Al escuchar las opiniones y formas de pensar de cada empleado, una empresa o un equipo dispondrá de diferentes formas de resolver sus tareas. En un colectivo, un equipo que fomenta activamente la diversidad en el lugar de trabajo, se debaten más perspectivas y se ofrecen más soluciones, lo que puede animar a las personas a dar lo mejor de sí mismas.

La formación en competencia cultural y humildad puede ser muy importante para superar los problemas culturales en un equipo. Es una buena forma de permitir que los miembros del equipo se conozcan entre sí y aprendan sobre diferentes creencias y prácticas culturales.

Esta formación debe abarcar los siguientes temas:

- cómo minimizar las barreras culturales;
- cómo evitar los estereotipos y los prejuicios;

- cómo valorar la cultura propia y la de los demás.
- cómo mejorar las habilidades sociales;
- cómo convertirse en un mejor oyente;
- cómo centrarse en los puntos en común en lugar de en las diferencias.

Esta formación debe ser relevante para las necesidades del equipo, enseñándoles a comprender el comportamiento y las reacciones de las personas en el entorno laboral, especialmente cuando existen diferencias evidentes.

Política de multiculturalismo en el lugar de trabajo

Una política de diversidad, igualdad, inclusión y pertenencia debe ser reflexiva y centrada en promover una cultura inclusiva, que debe incluirse en lo que se conoce como Código de Conducta, que describe las normas éticas y las expectativas para todos los empleados, profesores, estudiantes, etc., con el fin de garantizar la integridad y el cumplimiento.

Una política de multiculturalismo consiste en crear un entorno en el que todos los miembros del equipo tengan un fuerte sentido de pertenencia, independientemente de su raza, credo, color, religión, género, edad, ascendencia, estado civil, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, etnia, genética, discapacidad, deficiencia, condición de veterano o cualquier otra condición protegida por la normativa o la ley, aplicando normas de igualdad de trato en las decisiones sobre el empleo, la formación, la remuneración, etc. (Karatekin, et al., 2019). Se trata de crear un entorno de trabajo en el que todos sean tratados con dignidad. Dicho entorno está libre de violencia o acoso, intimidación, incluidas las amenazas verbales o físicas, y cualquier otro acto de agresión o violencia. Se trata de crear un entorno de trabajo seguro, higiénico y saludable para la seguridad y la salud de todos los empleados o miembros del equipo. Todas las personas a las que se aplica esta Política son responsables del cumplimiento de sus disposiciones.



Referencias

- ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, & European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246. <https://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243>
- Afridah, & Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. *Feedback International Journal of Communication*, 1, 1–15. <https://doi.org/10.62569/fijc.v1i1.8>
- Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A., & Matheson, K. (2024). Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 165, 105859. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105859>
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). Global public health: A new era. *The Lancet*, 375(9717), 1560–1561. Bhui, K., & Dinso, S. (2015). Cultural competence in mental health: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 60–69.
- Bizumic, B., Monaghan, C., & Priest, P. (2021). The return of ethnocentrism. *Political Psychology*, 42, 29–73. Borchuk, S., & Kostyuchok, P. (2024). Catalysts of the national identity of Ukrainians in the Carpathian region during the First World War. *Eminak*, 3(47), 147–165
- Bulut, B., & Öksüzöğlü, M. K. (2021). Global literacy in education. In E. Koçoğlu (Ed.), *Literacy skills in education-III* (pp. 321–337). Pegem Academy. <https://doi.org/10.14527/9786257582018>
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhp.2020.100069>
- Dutton, E., Madison, G., & Lynn, R. (2016). Demographic, economic, and genetic factors related to national differences in ethnocentric attitudes. *Personality and Individual Differences*, 101, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.049>
- Drain, P. K., Primack, A., Hunt, D., Fawzi, W., Holmes, K., & Gardner, P. (2007). Global health in medical education: A call for more training and opportunities. *Academic Medicine*, 82(3), 226–230.
- Dvornik, V. M., Kuz, H. M., Yeris, L. B., Teslenko, O. I., & Kuz, V. S. (2022). Trends in modern medical education. *Poltava State Medical University*. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A psychological model of health behavior. *Social Science & Medicine*, 57(1), 123–132.
- Henrickson, M. (2006). The ethnocentric bias: Implications for global health. In K. C. R. Schenck (Ed.), *Cultural competence in health care: A practical guide to improving patient satisfaction and quality of care* (pp. 139–152).
- Hunt, V., Prince, S., Dixon-Fyle, S., & Yee, L. (2018). Delivering through diversity. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/ourinsights/delivering-through-diversity>
- Izadnegahdar, R., Correia, S., Ohata, B., Kittler, A., Kuile, S., Vaillancourt, S., Saba, N., & Brewer, T. (2008). Global health in Canadian medical education: Current practices and opportunities. *Academic Medicine*, 83(2), 192–198.
- Joshua, J. H. (2024). Embracing global health in medical education: A necessity for modern doctors. *JACC: Case Reports*, 29(17).

- Karadas, M., Bilgin, A., Sahan, F., & Ozdemir, L. (2023). Determining the predictors of nursing students' xenophobic tendency towards refugees. *Nurse Education Today*, 122, 105722. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105722>
- Karatekin, K., Akcaoglu, M. Ö., & Taban, M. (2019). A comparative study on multicultural attitude of university students: Austria, Hungary and Turkey sample. *Journal of History Culture and Art Research*, 8, 36. <https://doi.org/10.7596/taksad.v8i4.2238>
- Köse Tosunöz, İ., & Çopur, E. (2024). The relationship between ethnocentrism and xenophobia level and predictors: A descriptive and correlational study of nurses working in two cities where refugees live intensively in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 26. <https://doi.org/10.1111/nhs.13107>
- Kuehn, L. (2017). Creating a diverse workplace: The importance of multiculturalism in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 62(4), 265–267.
- Pogge, T. (2006). Cosmopolitanism. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2006 Edition). Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/cosmopolitanism/>
- Rojas, C., & Smith, L. (2009). The role of acculturation in health outcomes: A review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), 24–30.
- Sestito, M. (2025). Identity conflict, ethnocentrism and social cohesion. *Journal of Development Economics*, 174, 103426. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2024.103426>
- Thomas, N. (2024). Diversity in the workforce: A catalyst for innovation, success and future expansion. Vol. 15
- Ustymenko, T. (2018). The status of ethnocentrism in intercultural interaction, its types and functions. *International Relations: Theoretical and Practical Aspects*, 223–234.
- Zhang, R., Hsu, H., & Wang, S. (2010). Global literacy: Comparing Chinese and US high school students. *Multicultural Education and Technology Journal* 4(2), 76–98. <https://doi.org/10.1108/17504971011052304>
- Zhang L., & Takahashi, Y. (2024). Both cosmopolitanism and ethnocentrism are positively associated with individual differences in global literacy. *Personality and Individual Differences*, 222, 112585. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112585>

Reflexión final: relevancia para la competencia cultural y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

El capítulo «Globalización y multiculturalismo en la educación médica y los equipos terapéuticos» ofrece una exploración exhaustiva de cómo los cambios globales influyen en la diversidad cultural, la prestación de asistencia sanitaria y la colaboración profesional, en perfecta sintonía con la filosofía y los objetivos del **modelo EMPOWER**. Al abordar temas fundamentales como **la aculturación, el etnocentrismo, la alfabetización global y la dinámica de equipos inclusivos**, el capítulo refuerza los pilares clave de EMPOWER: **eficacia, multiculturalismo, profesionalidad, bienestar y recursos educativos**.

El debate sobre **la globalización y la movilidad académica** pone de relieve cómo la exposición internacional fomenta **las competencias culturales reflexivas**, uno de los objetivos centrales del modelo EMPOWER. Anima a los futuros profesionales de la salud a participar activamente en contextos interculturales y a adaptar sus enfoques clínicos en consecuencia. Esto respalda el énfasis de EMPOWER en **el aprendizaje autodirigido y el desarrollo de la humildad y la conciencia a través de experiencias educativas transformadoras**.

Además, el capítulo promueve enérgicamente el concepto de **cosmopolitismo**, que se alinea con el valor fundamental de EMPOWER de **la humildad cultural**, reconociendo la complejidad de la identidad cultural y la necesidad de una reflexión continua y un aprendizaje mutuo entre los profesionales de la salud y las diversas poblaciones de pacientes.

La sección sobre **diversidad en los equipos terapéuticos** está directamente relacionada con el enfoque de EMPOWER en **el bienestar y los entornos profesionales colaborativos**. Demuestra cómo los equipos multiculturales fomentan la innovación, la inclusión y la eficacia, lo que refleja la creencia de EMPOWER de que el bienestar personal y colectivo es fundamental para una educación y una práctica sanitaria de alta calidad.

Por último, el capítulo hace un llamamiento a **la formación en competencia cultural y humildad**, y ofrece recomendaciones prácticas sobre cómo minimizar los prejuicios, apreciar las diferencias culturales y apoyar la comunicación inclusiva, principios fundamentales de la estrategia educativa de EMPOWER. Esto refleja el compromiso del modelo de **dotar a los alumnos de los recursos y el apoyo necesarios para transformar los conocimientos teóricos en una práctica eficaz, empática y equitativa**.

En resumen, este capítulo plasma el modelo EMPOWER en acción: tender puentes entre los retos globales y la práctica local, formar profesionales reflexivos y promover una educación sanitaria culturalmente sensible.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Capítulo 4

Identidad cultural y asistencia sanitaria

MAGDALENA STANKIEWICZ

Universidad Médica de Pomerania en Szczecin (Polonia)

“

En toda situación, tenemos una razón válida para elegir el curso de acción que, según predicciones razonables, nos reportará el mayor bien.

Włodzimierz Galewicz, «Bondad y justicia en la asistencia sanitaria (2018)».

4.1. Introducción

El acceso equitativo e igualitario al tratamiento y al empleo en las profesiones médicas requiere un enfoque abierto inclusivo que tenga en cuenta tanto las diversas necesidades de los pacientes como los desafíos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios. Un elemento clave es garantizar la igualdad de acceso al empleo en profesiones como la enfermería, los servicios médicos de urgencia y la medicina, al tiempo que se proporciona a todos los pacientes una atención sanitaria que respete su individualidad. La base de una práctica médica eficaz y ética reside en reconocer al paciente como sujeto de la atención, y no como objeto, y tratarlo con pleno respeto a su autonomía y dignidad. Los profesionales sanitarios deben evitar reforzar los estereotipos, explotar las dinámicas de poder y cosificar a los pacientes, adoptando un enfoque basado en la apertura, la empatía y la conciencia cultural.

En situaciones de primer contacto con los pacientes, es importante adoptar un enfoque basado en las necesidades y expectativas. Preguntas como «¿Cómo puedo ayudar de la forma más eficaz?» y «¿Qué necesita este paciente en concreto?» deben ser el punto de partida de todo profesional médico.

La competencia intercultural y la capacidad de reconocer las características únicas de cada paciente son esenciales para superar las barreras que impiden el acceso al tratamiento, tanto formales como comunicativas. Solo a través de este enfoque se puede proporcionar una atención sanitaria que respete la diversidad y respalde la eficacia de las acciones terapéuticas, basada en la colaboración y no en la jerarquía en la relación entre el paciente y el profesional.

Los profesionales médicos deben ser conscientes de las barreras comunicativas y los prejuicios que pueden influir en sus relaciones con los pacientes. Reflexionar sobre las propias limitaciones y estar preparado para superarlas son componentes esenciales de una atención eficaz. La apertura para comprender la identidad cultural de los demás también reviste especial importancia. Las diferencias en las costumbres, opiniones, actitudes hacia el cuerpo o la religión no deben ser obstáculos, sino fuentes de respeto mutuo e inspiración para construir una relación terapéutica más profunda. Adoptar esta perspectiva, en la que cada paciente es único, no solo favorece el proceso de curación, sino que también enriquece la práctica profesional del personal sanitario, haciéndola más consciente y valiosa.

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- Comprender la **importancia de la igualdad de oportunidades** en el acceso a la asistencia sanitaria y al ejercicio de las profesiones médicas, independientemente del origen, la condición social, la cultura, la religión o la identidad de género.

-
- Fortalecer un enfoque en el que el **paciente sea tratado como sujeto de la atención**, con pleno respeto a su autonomía y dignidad.
 - Comprender la **importancia de la competencia intercultural** para eliminar las barreras formales y comunicativas en la asistencia sanitaria.
 - **Promover la concienciación y la reflexión** sobre los prejuicios personales y su impacto en las relaciones con los pacientes.
 - Destacar la **importancia de la apertura y el respeto** hacia las diversas costumbres, creencias y valores de los pacientes.
 - Comprender la **importancia de la identidad de género** y el papel que desempeña en el sentido de identidad de una persona.
 - Comprender **los mecanismos de los errores de atribución**, como el error fundamental de atribución y el efecto de falso consenso, y su impacto en la evaluación de pacientes y compañeros de trabajo.
 - Comprender las **consecuencias de las suposiciones inconscientes** sobre la identidad de género y la orientación psicosexual en la práctica profesional.
 - Comprender el **impacto del racismo y la violencia estructural** en la salud mental individual y comunitaria, y reconocer la responsabilidad de los profesionales de la salud de abordar estas cuestiones mediante una práctica equitativa, culturalmente competente y éticamente reflexiva.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Definir conceptos clave relacionados con la igualdad de oportunidades en la asistencia sanitaria y la competencia intercultural.
- Comprender el impacto de los prejuicios personales y los mecanismos de error cognitivo en la percepción de los pacientes y la toma de decisiones en la práctica médica.
- Identificar las diferencias entre las identidades transgénero y cisgénero y describir las necesidades básicas de atención médica de las personas transgénero.
- Analizar los errores de atribución y sus consecuencias en la relación entre el paciente y el médico y en la comunicación intercultural.
- Explicar cómo el racismo y la violencia estructural afectan a la salud mental y describir el papel de los profesionales sanitarios a la hora de responder a estos retos mediante una práctica ética y culturalmente competente.

Principios y valores

En el contexto de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y la igualdad de oportunidades en el empleo en las profesiones médicas, los elementos clave incluyen principios y valores éticos y sociales fundamentales. Estos constituyen la base de un sistema sanitario justo, en el que se garantiza a todos los pacientes, independientemente de su condición social, origen, identidad cultural

u otros factores distintivos, el derecho a una atención médica de alta calidad. Al mismo tiempo, el sistema debe garantizar condiciones de empleo justas para los profesionales de la salud y ofrecer oportunidades de realización profesional sin barreras derivadas de prejuicios o discriminación (Prawo.pl, 2024). Valores como la igualdad, la justicia, el respeto a la autonomía del paciente, la empatía y la profesionalidad desempeñan un papel crucial en la configuración de prácticas médicas éticas y eficaces, contribuyendo a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y a la construcción de la confianza pública en el sistema sanitario.

En el contexto de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y las oportunidades de empleo en las profesiones médicas, los principios y valores más importantes son:

- **Igualdad y justicia:** todos los pacientes, independientemente de su origen, condición social, religión o identidad de género, deben tener el mismo acceso a la asistencia sanitaria. La justicia en este contexto implica adaptar los servicios médicos a las necesidades individuales de los pacientes, en lugar de aplicar soluciones universales.
- **Respeto a la autonomía del paciente:** los pacientes tienen derecho a tomar decisiones independientes sobre su salud. El papel de los profesionales sanitarios es proporcionar información completa, ofrecer apoyo y crear un espacio para que se puedan tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
- **Empatía y sensibilidad cultural:** una atención sanitaria eficaz requiere la capacidad de comprender y respetar la diversidad cultural, que influye en la actitud de los pacientes hacia la salud y el tratamiento. La apertura a las necesidades de personas de diferentes orígenes contribuye a la eliminación de prejuicios y mejora la calidad de las relaciones terapéuticas.
- **Profesionalidad y ética médica:** los profesionales de la salud deben adherirse a los principios de la ética profesional, como el cuidado del paciente, la confidencialidad, la honestidad y la responsabilidad por las decisiones tomadas.



La igualdad en el empleo también significa eliminar las barreras para quienes desean ejercer profesiones médicas, independientemente de su origen o género.

- **Ausencia de prejuicios y prevención de la discriminación:** la conciencia de los prejuicios personales y la voluntad de superarlos son elementos clave para construir un sistema sanitario justo. Cualquier forma de discriminación, ya sea en el acceso al tratamiento o en el lugar de trabajo, debe eliminarse mediante normativas y prácticas adecuadas.
- **Colaboración en** la relación entre el personal sanitario y el paciente: la asistencia sanitaria debe basarse en la colaboración, no en la jerarquía. Los pacientes y los profesionales sanitarios deben tomar conjuntamente las decisiones sobre el tratamiento, lo que aumenta la eficacia de la terapia y mejora el bienestar psicológico del paciente.
- **Accesibilidad e inclusión:** todos los pacientes, independientemente de su nivel educativo, sus habilidades lingüísticas o su grado de discapacidad, deben tener pleno acceso a los servicios médicos. Es necesario eliminar las barreras lingüísticas, abordar la falta de materiales informativos adaptados a las necesidades individuales y paliar el conocimiento insuficiente de los pacientes de diferentes estratos sociales.
- **Superación personal y educación:** los profesionales de la salud deben desarrollar continuamente sus competencias, tanto en términos de conocimientos médicos como de habilidades comunicativas e interculturales. La formación en materia de diversidad, igualdad de trato y ética debe ser parte integral del desarrollo profesional (Bugaj, 2015).

La adopción de estos principios en la práctica médica diaria contribuirá a la creación de un sistema sanitario más justo, eficaz y sensible a las necesidades de los pacientes.

Definiciones y términos relevantes

Para comprender plenamente los conceptos de igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y al empleo en las profesiones médicas, es esencial definir claramente varios términos clave:

- **Equidad en la atención sanitaria:** principio que establece que todas las personas deben tener acceso equitativo a los servicios médicos, independientemente de su situación socioeconómica, origen cultural, identidad de género u otros factores. El objetivo de este principio es garantizar que ningún grupo de la sociedad se vea desfavorecido en el acceso a la asistencia sanitaria esencial. A pesar de las numerosas iniciativas destinadas a promover la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, siguen existiendo disparidades en su calidad, especialmente entre los grupos minoritarios, las personas con bajos ingresos y las personas con discapacidad. Estas diferencias se deben a sesgos sistémicos, barreras económicas y distintos niveles de alfabetización sanitaria (Cianciara, 2015).

- **Competencia cultural:** la capacidad de los profesionales sanitarios para comprender, respetar e interactuar eficazmente con pacientes de diversos orígenes culturales. Implica aceptar diferentes creencias, valores y prácticas sanitarias. Numerosos estudios demuestran que los profesionales sanitarios que reciben formación en competencia cultural están más capacitados para proporcionar una atención de calidad. Esto se traduce en una mayor satisfacción de los pacientes, un mejor cumplimiento de las recomendaciones médicas y unos resultados sanitarios significativamente mejores (Cianciara, 2015).
- **Sesgo implícito:** actitudes o estereotipos inconscientes que pueden influir en las decisiones y las interacciones en el ámbito sanitario. Estos sesgos pueden moldear el comportamiento de los profesionales sanitarios y afectar a la calidad de la atención prestada a los pacientes. El sesgo implícito puede dar lugar a diferencias en las recomendaciones terapéuticas, el tratamiento del dolor y la precisión diagnóstica. Por ejemplo, algunos estudios han demos-

«Los médicos que cuidan de los enfermos deben comprender qué es un ser humano, qué es la vida y qué es la salud, y cómo el equilibrio y la armonía de estos elementos los sostiene».

– Leonardo da Vinci

trado que los pacientes negros suelen recibir un alivio del dolor insuficiente en comparación con otros pacientes, debido a suposiciones erróneas sobre su tolerancia al dolor (Strzemiężna, 2020).

- **Atención centrada en el paciente:** modelo de asistencia sanitaria que da prioridad a las necesidades, preferencias y valores individuales del paciente, lo que le permite participar activamente en el proceso de toma de decisiones sobre su propio tratamiento.
- **Determinantes sociales de la salud:** factores no médicos, como el nivel de ingresos, la educación, las condiciones de vida y el bagaje cultural, que influyen significativamente en la salud de una persona y en su acceso a los servicios médicos.
- **Desigualdades en salud:** diferencias en los resultados de salud y en el acceso a la atención sanitaria entre distintos grupos de población, que a menudo son consecuencia de las desigualdades socioeconómicas, la discriminación sistémica y las barreras geográficas.

4.2. El paciente como sujeto en el sistema sanitario

Para que la asistencia sanitaria sea eficaz y equitativa, debe tener en cuenta las diversas necesidades que surgen de las tradiciones, creencias, valores y prácticas culturales de los pacientes. En el contexto de la globalización y la migración, los profesionales de la salud se encuentran cada vez más con pacientes de diversos orígenes culturales, lo que requiere no solo una alta competencia profesional, sino

también habilidades interculturales. Comprender y respetar estas diferencias es fundamental para una comunicación eficaz, para generar confianza y para adaptar los métodos de tratamiento a las necesidades específicas de los pacientes. Por lo tanto, analizar la relación entre la identidad cultural y la asistencia sanitaria es un elemento esencial para mejorar los sistemas de salud y promover un enfoque holístico e individualizado para cada paciente (Tabaszewski, 2016).

El respeto de los derechos humanos, especialmente en el contexto de la salud, es un elemento fundamental de los sistemas modernos de protección de los derechos humanos. Si bien muchas organizaciones internacionales de salud y actos jurídicos promueven ampliamente estos derechos, siguen existiendo importantes retos para su aplicación efectiva. Las teorías sobre la tolerancia a la diversidad, aunque a menudo se expresan con palabras, no siempre se traducen en acciones prácticas (Tabaszewski, 2016). La plena integración de la salud en los derechos humanos también es problemática, ya que el catálogo de estos derechos no especifica claramente los principios en este ámbito. A pesar del aumento de la migración, el número de programas de intercambio internacional y el empleo de trabajadores de diferentes países, el concepto de igualdad y diversidad sigue planteando un reto en las instituciones sanitarias (Tabaszewski, 2016).

Los derechos humanos, en particular el derecho a la protección de la salud, constituyen un fundamento inalienable de la pertenencia de las personas a la especie humana. Estos derechos, caracterizados por su universalidad, inviolabilidad e igualdad, están profundamente arraigados en la dignidad humana. Lograr la igualdad en el acceso a la atención sanitaria y respetar plenamente la singularidad y la dignidad de cada persona es un reto fundamental de la medicina y el derecho contemporáneos (Tabaszewski, 2016).

El respeto de los derechos humanos, especialmente en lo que se refiere a la salud, es un tema ampliamente debatido en numerosos documentos jurídicos y por organizaciones dedicadas a la salud en todo el mundo. Si bien documentos internacionales como la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración de Alma-Ata hacen hincapié en el derecho de toda persona

Aunque los seres humanos tienen derecho a la salud, a unas condiciones de vida dignas y a una atención integral, la realidad suele alejarse de estos ideales. En todo el mundo, las personas siguen perdidas en las complejidades burocráticas y son víctimas de la negligencia sistémica. Esta cuestión es especialmente evidente en el contexto del derecho a la salud, que sigue siendo uno de los más ambiguos y difíciles de aplicar en la práctica (Murphy, 2013).

¿Son suficientes las disposiciones legales para cambiar esta situación? Estos documentos establecen normas, pero la realización de estos derechos depende de nuestra empatía, compromiso y voluntad de proporcionar una ayuda real. Cada uno de nosotros, como ciudadanos y miembros de la sociedad, puede contribuir a garantizar que los derechos humanos no sean solo palabras sobre el papel. El cambio comienza con la acción, con pequeños pasos hacia la creación de un sis-

tema en el que todos se sientan vistos, escuchados y apoyados. La aplicación de medidas integrales basadas en el respeto, la empatía y la eficacia es la única forma de que las normas internacionales se conviertan en una realidad, y no solo en una promesa escrita en textos legales.

La protección de la salud, especialmente a escala internacional, está relacionada con la responsabilidad de los Estados

¿Por qué es importante en la asistencia sanitaria?

- Ayuda a generar confianza y buenas relaciones con los pacientes.
- Mejora la comunicación y reduce el riesgo de malentendidos. Aumenta la satisfacción de los pacientes y mejora los resultados del tratamiento.

de crear sistemas que garanticen la protección de la salud tanto de los ciudadanos como de los extranjeros. Esto incluye diversas medidas destinadas a hacer efectivos los derechos humanos en el ámbito de la salud. Los Estados deben aplicar mecanismos eficaces que mantengan el estado de salud de las personas (Banaszak, 2003). Sin embargo, los migrantes suelen enfrentarse a diversos obstáculos para acceder a la atención sanitaria. Las principales dificultades están relacionadas con las barreras comunicativas, culturales y sistémicas, que constituyen retos importantes tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios (Strzemięczna, 2020). Muchos trabajadores sanitarios se enfrentan a barreras lingüísticas, lo que dificulta considerablemente la prestación eficaz de los servicios sanitarios. Los estudios realizados en este grupo muestran que el idioma es el principal obstáculo para prestar una atención adecuada a los pacientes que hablan idiomas extranjeros (Zgliczyński y Cianciara, 2020).

4.3. Identidad cultural y atención sanitaria

Comprender la identidad cultural es fundamental para proporcionar una asistencia sanitaria eficaz. La identidad cultural se refiere a los valores, creencias, costumbres y prácticas que conforman el modo de vida de una persona. Influye en la forma en que los individuos perciben la salud, la enfermedad y la atención médica.

El estudio de la identidad cultural en la asistencia sanitaria implica cuatro pasos clave que ayudan a comprender al paciente en el contexto de su bagaje cultural. El proceso comienza con **la autorreflexión**, que requiere reconocer los propios prejuicios y comprender cómo nuestro bagaje cultural influye en la forma en que percibimos a los pacientes. Después de cada interacción con un paciente, es importante reflexionar sobre cómo la cultura podría haber influido en la conversación. A continuación, para comprender mejor al paciente, se deben formular **preguntas abiertas** que le animen a compartir sus creencias y perspectivas, como por ejemplo preguntarle sobre el enfoque familiar ante la enfermedad o sobre prácticas espirituales específicas. Igualmente crucial es **el aprendizaje y la observación**, que incluyen tanto la comunicación no verbal como la adquisición de conocimientos sobre la cultura de la comunidad a la que se presta servicio. Por último, la atención sanitaria debe **adaptarse a las necesidades del paciente** incorporando sus prác-



Madeleine Leininger

Fuente: Sociedad de Historia Médica del Sur de Suecia (SMHS)

ticas culturales en el plan de tratamiento y manteniendo un enfoque flexible que respete sus creencias y valores (Strzemiężna, 2020).

En la construcción de relaciones, una frase tan sencilla como «¿En qué puedo ayudarte?» puede resultar muy beneficiosa. Tiene una gran carga emocional y no se limita a ninguna condición cultural, social o individual específica. Ha sido diseñada para que cualquier

persona, independientemente de su origen cultural o social, pueda entenderla y aplicarla. Esta frase se centra en ofrecer apoyo y ayuda de manera abierta, independientemente de las diferencias. Demuestra respeto por las necesidades de otra persona, sin importar su contexto. En lugar de dar por sentado que alguien puede necesitar ayuda de una manera específica, le da espacio al paciente para definir su propia fuente de sufrimiento. Es una expresión de disposición universal para comprender y adaptarse a diferentes perspectivas y situaciones.

Esta formulación respalda la idea de igualdad y respeto por la diversidad. Ayuda a derribar barreras y tender puentes entre diferentes culturas y comunidades, ya que es una pregunta que no discrimina, sino que tiene en cuenta las necesidades individuales de cada persona. Es una invitación universal a interactuar, que expresa la voluntad de colaborar y comprenderse mutuamente, independientemente del origen de la persona en cuestión.

Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga, fue una de las pioneras en comprender la influencia del bagaje cultural en la salud y la asistencia sanitaria.

Desarrolló la teoría de la enfermería transcultural que enfatizaba la importancia de incorporar el trasfondo cultural de los pacientes en el proceso de tratamiento. Su investigación en la década de 1950 se centró en lo crucial que es comprender los aspectos culturales en el contexto de la atención médica, en particular en relación con la salud mental de los niños (Leininger, 1981).

4.4. Determinantes culturales de la salud y la enfermedad

La cultura desempeña un papel importante en la configuración de la salud humana, influyendo en ella en diversos aspectos. Es valioso examinar su impacto desde tres perspectivas. La cultura puede actuar como:

- Un **factor patógeno**: puede aumentar el riesgo de padecer determinadas enfermedades, por ejemplo, debido a hábitos alimenticios específicos, el tabaquismo o el consumo de alcohol.
- Un **factor terapéutico**: puede promover comportamientos que mejoran la salud, como fomentar la comunidad, el apoyo social o los hábitos alimenticios saludables.
- Un **factor patoplástico**: puede influir significativamente en la percepción y expresión de los síntomas, especialmente en el contexto de los trastornos mentales. Por ejemplo, los síntomas de la depresión pueden variar según la cultura: en América Latina se manifiestan con mayor frecuencia como dolores de cabeza, en Oriente Medio como problemas cardiovasculares y en Asia como sensación de debilidad (Grzymala-Moszczyńska, 2007).

La cultura puede influir tanto en la prevalencia como en la forma en que se manifiestan los trastornos mentales de diversas maneras:

- **Patogenicidad (pathogenic effects)**: las creencias o ideas compartidas culturalmente pueden generar estrés de forma directa, contribuyendo al desarrollo de trastornos mentales (causa directa).
- **Patoselectividad (pathoselective effects)**: durante situaciones estresantes, las personas pueden adoptar respuestas de afrontamiento culturalmente aceptadas.
- **Patoplasticidad (pathoplastic effects)**: las creencias culturales determinan cómo se expresan y perciben los síntomas de las enfermedades mentales.
- **Efectos patolaborativos (pathoelaborating effects)**: la cultura puede intensificar ciertos comportamientos patológicos, haciéndolos más pronunciados y persistentes.
- **Efectos patofacilitadores (pathofacilitating effects)**: los factores culturales pueden afectar a la frecuencia con la que se produce un trastorno o a la forma en que se manifiesta (condiciones que favorecen).
- **Patoreactividad (pathoreactive effects)**: la cultura influye en la forma en que la sociedad responde a las enfermedades mentales, lo que afecta tanto a la forma en que se etiquetan los trastornos como a la forma en que los afectados experimentan y comunican el sufrimiento (Bhugra y Bhui, 2018; Tseng, 2001).

Ejemplos de determinantes culturales de la salud:

- **Prácticas alimentarias**: En el hinduismo, existe la creencia en la santidad de todos los seres vivos, lo que lleva a muchos seguidores a adoptar una dieta vegetariana. Evitar el consumo de carne, especialmente la de vacuno, se debe al respeto por la vida y a las creencias religiosas. En la India, las vacas son especialmente veneradas y su carne no se consume por convicciones religiosas (Śmidowicz, 2016).
- **Consumo de alcohol**: En los países musulmanes, donde el consumo de alcohol está prohibido, el riesgo de enfermedades relacionadas con el alcohol es mucho menor. Por el contrario, en países donde el consumo de alcohol es

aceptado, como Francia, el riesgo de cirrosis hepática es mayor (Krajewska-Kułak, 2010).

- **Comportamientos sexuales:** Las normas culturales que determinan las actitudes hacia la orientación sexual, la edad a la que se contrae matrimonio o el uso de anticonceptivos influyen significativamente en la salud sexual. En la cultura romaní, son habituales los matrimonios precoces de niñas, lo que puede tener consecuencias específicas para la salud (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Modificaciones corporales:** La circuncisión masculina, que en algunas culturas tiene un significado religioso (judaísmo, islam y algunas tribus africanas), es realizada en otras regiones por razones no necesariamente relacionadas con la religión, como se observa en Estados Unidos (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Influencia cultural en la salud mental:** En el caso de la esquizofrenia paranoide, el contenido de los delirios suele reflejar el contexto cultural: las personas que practican el cristianismo y el islam son más propensas a experimentar delirios religiosos, las personas de Asia pueden tener delirios de infidelidad y las personas de África suelen luchar contra delirios relacionados con la comunidad local (Krajewska-Kułak, 2010). También es importante señalar que ciertos trastornos solo se dan en culturas específicas, como el koro, un trastorno de ansiedad observado principalmente en el sudeste asiático, que se caracteriza por la creencia de que los genitales se están encogiendo (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Medicina alternativa y creencias culturales:** En muchas comunidades existe una fuerte creencia en la medicina tradicional, que incluye tanto remedios caseros como sistemas médicos más formalizados, como la medicina china o el ayurveda. La eficacia de estos métodos depende a menudo de las normas sociales y de las experiencias personales de los pacientes (Klaus, 2007).

4.5. Retos en la práctica médica

La complejidad del impacto de la cultura en la salud plantea una serie de retos a los profesionales sanitarios, que deben tener en cuenta el contexto cultural en el diagnóstico y el tratamiento.

- **El contacto físico y la exposición del cuerpo:** En numerosas culturas, el contacto físico con ciertas partes del cuerpo —especialmente cuando involucra a personas del sexo opuesto— se considera inapropiado o socialmente inaceptable. Esta percepción cultural puede llevar al rechazo de los exámenes o procedimientos médicos (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Consentimiento para procedimientos médicos:** La cuestión del consentimiento para procedimientos médicos, como el trasplante de órganos, suele ser compleja. En algunas comunidades en las que estas acciones se consideran contrarias a sus creencias religiosas, esta cuestión cobra especial relevancia. Esto puede ser relevante para determinados grupos étnicos, como los

romaníes, así como para los seguidores del budismo o el sintoísmo (Krajewska-Kuřak, 2010).

- **Identidad de género:** Hasta la década de 1960, los debates sobre el género se centraban principalmente en la masculinidad y la feminidad, que se consideraban extremos opuestos de un mismo continuo. Se creía que una persona podía ser femenina o masculina, independientemente de si era un hombre homosexual o una mujer homosexual: el factor clave era la percepción subjetiva del propio género (Bem, 2010). Sin embargo, Sandra Bem cuestionó este punto de vista tradicional. Propuso que la masculinidad y la feminidad son dos dimensiones distintas de la personalidad. Como resultado de esta perspectiva, surgió el concepto de individuos andróginos, que podían mostrar rasgos masculinos y femeninos al mismo tiempo. El concepto de Bem se centra en dos afirmaciones clave sobre la formación de la identidad de género de un individuo (Bem, 2010).



Al considerar términos como transexualidad, no binariedad y androginia, es importante tener en cuenta los contextos sociales, clínicos y legales de cada país. Las investigaciones realizadas por centros especializados en temas relacionados con la transición proporcionan información valiosa sobre las tendencias contemporáneas entre los jóvenes y las consecuencias médicas asociadas a las cuestiones de género.

La transexualidad se refiere a las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Estas personas suelen optar por cirugías correctivas, terapia de reemplazo hormonal u otros métodos para cambiar su apariencia con el fin de reflejar mejor su identidad de género. Las personas transexuales pueden identificarse como hombres o mujeres, independientemente de su sexo biológico.

Las personas no binarias, por otro lado, no se identifican estrictamente como hombres o mujeres, sino que existen fuera de las categorías binarias tradicionales de género. La no binariedad se considera a menudo como un continuo, y las

personas no binarias pueden utilizar diversos pronombres, como «ellos», «ellas» o «ello».

Las personas andróginas combinan rasgos masculinos y femeninos en proporciones variables y pueden mostrar características de ambos géneros, así como experimentar con diversos estilos de vestimenta y comportamiento. Estas personas evitan la clasificación rígida de género, lo que les permite explorar más libremente su identidad de género (Titelbaum, 2020).

Es importante señalar que estos tres términos no son mutuamente excluyentes y pueden solaparse. Una persona transexual puede identificarse como no binaria o andrógina, al igual que una persona no binaria también puede ser andrógina o transexual. Según el enfoque más común y ampliamente aceptado, **la no binariedad** sirve como término genérico para todas las identidades de género que se encuentran fuera de la división binaria de género. Las personas no binarias no son ni hombres ni mujeres. A menudo se identifican como **agénero, de género neutro o de género fluido**. Este término también incluye a las personas que se identifican con más de un género. Dentro de la comunidad LGBTQ+, las personas no binarias representan tanto la «T»(transgénero) y «Q» (género queer) (Haak, 2020).

Las personas no binarias son, por definición, transgénero. Experimentan un desajuste entre su sexo biológico y su identidad de género. Algunas también pueden experimentar disforia de género. En 2019, la palabra «no binario» se añadió al diccionario Collins (Haak, 2020). Esto no significa que el término sea nuevo, sino que refleja la creciente conciencia social sobre la diversidad de identidades y expresiones de género. El término «genderqueer» ganó popularidad a mediados de la década de 1990. Riki Anne Wilchins está estrechamente relacionada con este concepto, sobre todo por su importante contribución a la publicación *Genderqueer: Voices Beyond the Sexual Binary* (2002). En 1995, Wilchins publicó el folleto *In Your Face*, en el que utilizó por primera vez el término «genderqueer». En esta publicación, el término se refería a personas con expresiones de género complejas o indefinidas, lo que difiere de sus definiciones modernas (Wilchins, 1995).

En Europa occidental, el concepto de género no binario, a menudo denominado «tercer género», está ganando protagonismo dentro de la cultura de género emergente de la última década. Históricamente, ha estado muy extendido y documentado en África Central, América, Asia y Oceanía. En la India, Bangladesh y Pakistán existe un grupo social conocido como hijras. A estas personas se les asigna el sexo masculino al nacer (AMAB), pero funcionan fuera del género masculino. La mayoría de los hijras se identifican como no binarios, aunque su apariencia es estereotípicamente femenina (Haak, 2020). Los hijras indios representan un ejemplo sencillo, ampliamente reconocido y documentado de un «tercer género» que está plenamente integrado en la sociedad.

Leer sobre las Amazonas, mujeres que lucharon valientemente en guerras, nos da una imagen clara de que el género no determina los roles sociales. En Benín, África, las personas asignadas como mujeres al nacer (AFAB, por sus siglas en inglés), pero que mostraban rasgos culturalmente masculinos, eran llamadas «mino»

y luchaban en guerras junto a los hombres, sin tener hijos ni entablar relaciones con hombres (lo que se esperaba de las mujeres en aquella época). Hoy en día, en Benín, las mujeres se encargan de tareas que requieren fuerza y precisión, como acarrear agua, una tarea prohibida a los hombres (Krzemińska, 2023).

En América del Norte, están ganando visibilidad las personas indígenas americanas que se identifican como «**dos espíritus**» (Haak, 2020). El término «dos espíritus» fue introducido por Myra Laramée en 1990. Deriva de la palabra anishinaabe *niizh manidoowag*, que describe a las personas con rasgos tanto masculinos como femeninos. Uno de los significados más citados se refiere a una persona que posee un alma masculina y otra femenina (Jacobs et al., 2021). Algunas tribus reconocen hasta cuatro géneros, mientras que otras tienen sus propios términos específicos para cada género. La exploración del significado cultural del género, incluyendo su denominación y su sentido, revela ejemplos fascinantes, como la sociedad hawaiana precolonial, que era una sociedad multigénero (Titelbaum, 2020).

En inglés, las personas no binarias utilizan el pronombre singular «they» en lugar de los pronombres de género «he» o «she». Este enfoque ha sido reforzado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que también recomienda utilizar «they» en singular cuando se desconoce la identidad de género de una persona (Haak, 2020). Comprender estas diferencias es fundamental para una atención sanitaria eficaz. Los profesionales médicos y otros trabajadores sanitarios deben recordar que un paciente no es solo un cuerpo que hay que curar, sino también un conjunto de valores, normas y creencias que deben respetarse durante todo el proceso de tratamiento. Solo así la atención sanitaria será eficaz y se adaptará a las necesidades individuales del paciente. Reconocer las diferencias culturales no solo mejora la calidad de la atención, sino que también enriquece la profesión médica, poniendo de relieve la importancia de la empatía y el respeto en el proceso de curación.

4.6. Mecanismos psicológicos que influyen en la formación de relaciones multiculturales en el entorno médico

Conciencia de nuestros prejuicios: La división entre «nosotros» y «ellos» es un fenómeno presente en todos los grupos sociales, independientemente de su origen, jerarquía o los valores que defienden. Categorizarse a uno mismo como «nosotros» y distinguir a los demás como «ellos» es uno de los mecanismos fundamentales que ayuda a las personas a desenvolverse en el mundo que les rodea. Es probable que la causa fundamental de este fenómeno radique en la necesidad de identificar claramente a los grupos que suponían una amenaza o, como mínimo, eran ajenos, lo que requería precaución y medidas de protección adecuadas. La conciencia de formar parte de «los nuestros» crea un fuerte sentido de pertenencia y seguridad. Como seres sociales, las personas expresan esto especialmente en sus relaciones con los demás, a menudo enfatizando inconscientemente su pertenencia a una comunidad concreta (Citlak, 2018).

Sesgos de proyección: se refieren a un fenómeno en el que un individuo asume que los demás piensan y sienten lo mismo que él. En psicología, este mecanismo se denomina «proyección» y se considera uno de los mecanismos de defensa. La proyección consiste en atribuir los propios pensamientos, emociones o rasgos a otras personas, a menudo basándose en la suposición de que los demás comparten creencias o sentimientos similares. Es una forma en la que un individuo transfiere sus experiencias internas a personas o situaciones externas, asumiendo que su percepción y comprensión del mundo coinciden con las suyas. Sin embargo, en realidad, cada persona es única, con procesos de pensamiento y percepción distintos, lo que significa que la percepción de la realidad y las emociones de los demás pueden diferir de las nuestras. Por lo tanto, reconocer el derecho de cada individuo a su propia perspectiva e interpretación del mundo es un aspecto fundamental de su autonomía y dignidad (Claney, 2024).

Otro término que puede estar relacionado con este fenómeno es «falso consenso». Se trata de un sesgo cognitivo por el que se asume que la mayoría de las personas piensan, sienten y actúan de la misma manera que uno mismo, especialmente en situaciones en las que las propias creencias o comportamientos no son ampliamente compartidos (Chodkowski, 2017). Ambos mecanismos pueden dar lugar a malentendidos, ya que no tienen en cuenta las diferencias individuales en la forma de pensar, sentir y percibir la realidad.

Un enfoque empático de una situación, especialmente a la hora de comprender el contexto en el que se mueve otra persona, sobre todo en relación con un paciente,



Philip Zimbardo

Fuente: Cortesía de Ferne Millen Photography. Consultado el 6 de junio de 2025, en <https://philipzimbardo.com/>

te, nos ayuda a entender mejor su punto de vista y su perspectiva. Las personas suelen cometer **errores de atribución** cuando intentan comprender los comportamientos de los demás sin apreciar plenamente el importancia de los factores situacionales. En su lugar, se centran en los rasgos internos o predisposiciones de los individuos, aunque los factores externos podrían explicar completamente el comportamiento observado. Este tipo de error se conoce como **error de correspondencia** o **error fundamental de atribución**. Es más frecuente en culturas occidentales, como las de Europa o Estados Unidos, que en países del Lejano Oriente, lo que está relacionado con las diferencias en los procesos de socialización y en la percepción de las situaciones sociales (Chodkowski, 2017).

Otro fenómeno interesante relacionado con los errores de atribución es **el egocen-**

trismo atribucional. Este se manifiesta al atribuir los éxitos a rasgos internos, mientras que los fracasos se atribuyen a factores externos. Esta forma de pensar refuerza nuestro sentido de la responsabilidad por nuestros éxitos, al tiempo que minimiza nuestra responsabilidad por los fracasos, actuando como una defensa de nuestro «yo» y aumentando nuestra autoestima (Chodkowski, 2017).

El siglo pasado ha proporcionado pruebas sustanciales que respaldan las afirmaciones de los psicólogos sociales sobre el profundo, si no total, impacto de las situaciones en las acciones humanas. La Segunda Guerra Mundial, con sus horribles consecuencias en forma de campos de concentración y exterminio masivo, conmocionó nuestra anterior comprensión de la naturaleza humana. La guerra en curso en Ucrania, con sus horrores y sus innumerables casos de brutalidad y crueldad, se ha convertido en un punto de referencia clave en los estudios sobre cómo las situaciones moldean los comportamientos individuales. En este contexto, es importante revisar el conocido, aunque controvertido, experimento que contribuyó de manera significativa a nuestra comprensión de la naturaleza humana: **el experimento de la prisión de Stanford, llevado a cabo por Philip Zimbardo.**

La investigación de Zimbardo fue un intento de explicar el fenómeno del nuevo mal (Zimbardo, 2017). Las conclusiones extraídas del experimento sugerían claramente que las situaciones creadas por el sistema imperante son la fuente del mal y la transformación de personas buenas en seres depravados y crueles. El experimento de la prisión de Stanford tenía como objetivo comprender la rapidez con la que personas normales podían transformarse en individuos que ejercían el poder o se convertían en víctimas del mismo debido a condiciones sociales específicas. Los participantes eran estudiantes que se sometieron a pruebas de personalidad e inteligencia para eliminar factores que pudieran distorsionar los resultados del experimento. Los criterios de selección se centraron en factores como una educación similar, la edad, el estatus social y la ausencia de antecedentes penales o trastornos psicológicos.

Se seleccionó al azar a veinticuatro estudiantes para participar en el experimento, en el que se dividieron en dos grupos: prisioneros y guardias. Se les proporcionó ropa especial para acentuar las diferencias entre ambos grupos; los prisioneros llevaban camisetas idénticas con números bordados, mientras que los guardias vestían uniformes similares a los de los soldados, con atributos específicos como porras y gafas. A los que se les asignó el papel de guardias se les instruyó sobre la naturaleza de sus funciones. Su tarea consistía en vigilar a los prisioneros de la forma más eficaz posible, utilizando los medios adecuados. La única condición era la prohibición absoluta de la violencia física. El experimento estaba diseñado para durar dos semanas, pero debido al dramático curso y la intensidad con que surgieron los efectos esperados, así como a la preocupación por la salud física y psicológica de los estudiantes, se detuvo después de una semana. El primer estudiante-prisionero fue liberado después de solo 36 horas debido a claros signos de colapso mental.

Zimbardo concluyó que los cambios y comportamientos patológicos observados no eran resultado de la personalidad de los estudiantes, sino más bien de factores situacionales respaldados por el sistema, definido como las condiciones y limitaciones impuestas al inicio del experimento. Argumentó que el sistema en el que funcionan los individuos moldea sus actitudes y comportamientos, y que las personas son meros actores que interpretan papeles predeterminados. Sus comportamientos —guiones conductuales— están estrictamente definidos por las situaciones y, por lo tanto, por el sistema. Como dijo Zimbardo: «El sistema está formado por agentes e instituciones cuya ideología, valores y poder crean situaciones y dictan los roles y las expectativas de comportamiento aceptable de los actores dentro de su esfera de influencia» (Zimbardo, 2017). La teoría de Zimbardo sugiere que los individuos que ocupan roles específicos dentro de un sistema determinado no son tradicionalmente responsables de sus acciones. En cambio, se ajustan al rol que se les impone, y su comportamiento es el resultado de la situación en la que se encuentran y de las expectativas que el sistema —el entorno en el que se les asignan los roles— les impone (Zimbardo, 2017).

El papel de un profesional sanitario que interviene en el ámbito de la salud y presta asistencia médica le confiere una ventaja situacional única, considerada en términos de autoridad. El paciente y sus seres queridos confían no solo su salud, sino a menudo sus vidas, en manos de los profesionales. Esta relación se basa en una confianza excepcional, que conlleva la responsabilidad de tomar decisiones sobre lo más valioso: la vida humana. En este contexto, es fundamental recordar que el paciente no es un objeto de tratamiento, sino un sujeto, una persona con una historia, una cultura, una fe, un género y otras características que definen su identidad. Por lo tanto, es de vital importancia superar cualquier barrera que impida el acceso al tratamiento, desde los obstáculos formales hasta las barreras de comunicación. Una atención eficaz requiere conciencia y apertura a la diversidad de los pacientes, lo cual es una condición indispensable para identificar con precisión sus necesidades y aplicar las medidas terapéuticas adecuadas. Sin comprender las circunstancias individuales del paciente, es difícil hablar de un enfoque holístico y eficaz del tratamiento. Además, existen pruebas irrefutables del impacto de la actitud mental del paciente en el proceso de tratamiento y recuperación. Una actitud positiva puede apoyar significativamente los esfuerzos terapéuticos, y cultivarla requiere empatía, comprensión y consideración del contexto único de cada paciente. Solo a través de un enfoque consciente y abierto se pueden lograr resultados óptimos en la atención sanitaria.

4.7. El racismo y la violencia estructural como factores determinantes de la salud mental: el papel de los profesionales médicos

El concepto de raza surgió en Europa en el siglo XVIII con el auge del colonialismo y el desarrollo de las ciencias naturales. Inicialmente se utilizó para clasificar a los

animales y, más tarde, a los seres humanos. Se trata de uno de los constructos sociales y científicos más controvertidos de la historia moderna (Smedley, 2005). Según el Diccionario Oxford (2018), la raza es un sistema de clasificación de las personas en grandes poblaciones o grupos distintos basados en características externas hereditarias (fenotipo), origen geográfico, cultura, historia, idioma, etnia y estatus social. A principios del siglo XX, el término se utilizaba a menudo en sentido taxonómico para enfatizar la diversidad genética de las poblaciones humanas definidas por el fenotipo.

La clasificación racial comenzó con Carl Linnaeus (1758), quien dividió a la humanidad en cuatro grupos: europeos, africanos, asiáticos y americanos. Johann F. Blumenbach (1795) introdujo una clasificación diferente: caucásicos, mongoles, malayos, etíopes y americanos. Sorprendentemente, esta clasificación todavía se utiliza hoy en día. Los avances en la genética humana han demostrado que estas categorías son **arbitrarias** (Yudell, 2009).

La UNESCO ha desempeñado un papel importante en la erradicación de este concepto científico y social. En su Declaración de 1950, afirmó que las razas no existen en términos biológicos, sino que son construcciones sociales sin base genética. En declaraciones posteriores, refutó la base científica del racismo, al igual que en 1978 reafirmó la inexistencia de las razas biológicas y amplió el enfoque para incluir factores sociohistóricos: «Las diferencias en los logros entre los pueblos se explican por condiciones geográficas, históricas, políticas, económicas, sociales y culturales, y no por determinantes biológicos». Los documentos de la UNESCO, traducidos a 87 idiomas, inspiraron instrumentos jurídicos como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).

La antropología propone sustituir el término raza por población o etnia. El objetivo es disociar la diversidad humana de las jerarquías pseudobiológicas. Las declaraciones de la UNESCO marcaron un hito en esta deconstrucción. Superar el racismo requiere no solo pruebas científicas, sino también voluntad política.

El racismo es un factor de riesgo reconocido tanto para la salud mental como para la física. Afecta no solo a las personas, sino a comunidades enteras a través de su impacto en los niveles micro (personal), meso (institucional) y macro (estructural). Comprender estos mecanismos y sus consecuencias es fundamental para los futuros profesionales de la salud, de quienes se espera que brinden una atención equitativa y culturalmente competente.

Como demuestran Schouler-Ocak y Moran (2023), el racismo adopta muchas formas, desde los prejuicios interpersonales y las microagresiones hasta las desigualdades sistémicas en el acceso al empleo, la educación y la atención sanitaria. Se ha documentado que las experiencias de discriminación racial aumentan el riesgo de **depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y trastornos psicóticos y el abuso de sustancias**. Los autores también destacan las **consecuencias neurobiológicas** del estrés crónico asociado a la discriminación, entre ellas la reducción del volumen de la materia blanca y gris del cerebro y la hiperactividad de la amígdala.

Schouler-Ocak et al. (2021) hacen hincapié en la necesidad de integrar el tema del racismo en la formación profesional y la práctica clínica en psiquiatría. Su informe incluye recomendaciones para los médicos y los responsables políticos para abordar el impacto del racismo en la salud mental en todos los niveles, desde la educación hasta la investigación y la atención clínica.

Un aspecto clave es el reconocimiento y la prevención del racismo internalizado e institucional, así como la necesidad de una reflexión crítica sobre los privilegios sociales y culturales. Jarvis et al. (2023) proponen estrategias antirracistas concretas en tres niveles:

- **Micro:** autorreflexión, reconocimiento los sesgos, desarrollar la competencia cultural y la disposición para hablar sobre el racismo con los pacientes.
- **Meso:** reformar los programas educativos, contratar responsables de equidad y diversidad y reestructurar las instituciones.
- **Macro:** defensa, reforma de las políticas públicas y lucha contra la violencia ambiental y estructural.

La integración de estas perspectivas en la educación médica fomenta una mentalidad de profesionalismo activo coherente con el modelo EMPOWER, que promueve la reflexión, la justicia y un enfoque holístico de la atención al paciente.



Referencias

- Banaszak, B., et al. (2003). *System ochrony praw człowieka*. Kraków.
- Bem, S. (2000). *Męskość i kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2018). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge University Press.
- Blumenbach, J. F. (1795). *De generis humani varietate nativa* (Originally published as dissertation, 1775). Gottingae: Vandenhoeck et Ruprecht. <https://archive.org/details/degenerishumaniv00blum>
- Bugaj, J. (2015). *Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych*. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/280877511>
- Chodkowski, Z. (2017). *Zarys charakterystyki komunikacji interpersonalnej, możliwe zakłócenia i bariery*. Kultura – Przemiany – Edukacja.
- Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. *Hygeia Public Health*, 50(4), 435–441.
- Citlak, A. (2018). Psychologiczne i językowe uprzedmiotowienie obcych (stereotypizacja i dehumanizacja wrogów). *Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem*, Psych. 40(4). <https://doi.org/10.19195/2300-7249.40.4.1>
- Claney, C. (2024). Projection as a defense mechanism: Understanding the psychology behind it. *Relational* <https://www.relationalpsych.group/articles/projection-as-a-defense-mechanism-understanding-the-psychology-behind-it>
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W: K. Klaus (Red.), *Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*. Warszawa.
- Haak, D. (2020, 9 kwietnia). Niebinarność oraz język neutralny płciowo. PPM. <https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMBc43009d2b07945598720ee82c58107dc>
- Jacobs, S. E., Thomas, W., & Lang, S. (1997). *Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality*. University of Illinois Press. https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-07-22_60f978648ad9b_3175882.pdf
- Jarvis, G. E., Andermann, L., Ayonrinde, O. A., Beder, M., Cénat, J. M., Ben-Cheikh, I., Fung, K., Gajaria, A., Gómez-Carrillo, A., Guzder, J., Hanafi, S., Kassam, A., Kronick, R., Lashley, M., Lewis Fernández, R., McMahon, A., Measham, T., Nadeau, L., Rousseau, C., Sadek, J., Schouler-Ocak, M.,
- Wieman, C., & Kirmayer, L. J. (2023). Taking action on racism and structural violence in psychiatric training and clinical practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(10), 780–808. <https://doi.org/10.1177/07067437231166985>
- Klaus, K. (2007). *Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*. Warszawa.
- Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., & Kędziora-Kornatowska, K. (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. PZWL.
- Krzemińska, A. (2023). *Kobiece ramię zbrojne, czyli co wiemy o wojowniczkach z Dahomeju*. Projekt Pulsar. <https://www.projektpulsar.pl/czlowiek/2202236,1,kobiece-ramie-zbrojne-czyli-co-wiemy-wojowniczkach-z-dahomeju.read>

-
- Leininger, M. (1981). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. McGraw-Hill.
- Murphy, J. (2013). *Health and Human Rights*. Oxford-Ortland-Oregon.
- Linnaeus, C. (1758). *Systema naturae* (Vol. 1, 10th ed.). Holmiae: Impensis Direct. Laurentii Salvii. <https://www.biodiversitylibrary.org/item/10277>
- Schouler-Ocak, M., Bhugra, D., Kastrup, M. C., Dom, G., Heinz, A., Küey, L., & Gorwood, P. (2021). Racism and mental health and the role of mental health professionals. *European Psychiatry*, 64(1), e42. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2216>.
- Schouler-Ocak, M., & Moran, J. K. (2023). Racial discrimination and its impact on mental health. *International Review of. Psychiatry*, 35(3–4), 268–276. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2155033>
- Oxford English Dictionary. (2018). Race. In *Oxford English Dictionary* (3rd ed.). Retrieved from https://www.oed.com/dictionary/race_n1
- Parra, E. J., Kittles, R. A., & Shriver, M. D. (2004). Implications of correlations between skin color and genetic ancestry for biomedical research. *Nature Genetics*, 36(11 Suppl), S54–S60. <https://doi.org/10.1038/ng1440>
- Prawo.pl. (2024). Dyskryminacja w środowisku medycznym jest poważnym problemem. Prawo.pl. <https://www.prawo.pl/zdrowie/dyskryminacja-w-srodowisku-medycznym,530399.html>
- Smedley, A., & Smedley, B. D. (2005). Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *American Psychologist*, 60(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.1.16>
- Strzemięczna, A. (2020). Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców: Badania na terenie województwa mazowieckiego. Warszawa.
- Sztejnberg, A. (2001). *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*. Astrum.
- Śmidowicz. (2016). Kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych. DocPlayer. <https://docplayer.pl/158531363-Kulturowe-uwarunkowania-zachowan-zywieniowych.html>
- Tabaszewski, R. (2016). *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Wydawnictwo KUL.
- Titelbaum, J. (2020). *The Evolution of Gender and Gender Identity in Contemporary Society. Lectures on the Psychology of Women*. McGraw-Hill Education.
- United Nations. (1965). *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/instrumentsmechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
- Wilchins, R. A. (1995). In your face. Political Activism against gender oppression. Digital Transgender Archive. <https://www.digitaltransgenderarchive.net/downloads/1831ck00f>
- Yudell, M. (2009). A Short History of the Race Concept. *Gene Watch*, vol. 22. <https://thetarrytownmeetings.org/sites/default/files/discussion/GeneWatch-Race%20and%20Genetics.pdf>
- Zgliczyński, W., & Cianciara, D. (2020). *Badania nad barierami komunikacyjnymi w opiece nad Cudzoziemcami*
- Zimbardo, P. (2017). *Efekt Lucyfera* (A. Cybulko, J. Kowalczevska, J. Radzicki, & M. Zieliński, tłum.). PWN

Reflexión final: relevancia para la competencia cultural y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo ilustra que la identidad cultural no es un concepto periférico en la medicina, sino más bien un **elemento fundamental** en la prestación de **una atención ética, eficaz y centrada en la persona**. Al reconocer el papel de los valores, las creencias y las tradiciones culturales en la configuración de las experiencias y percepciones de los pacientes sobre la salud y la enfermedad, el capítulo se alinea estrechamente con los principios del modelo EMPOWER, en particular los de multiculturalismo, bienestar, profesionalismo y recursos educativos.

El énfasis en **tratar al paciente** como sujeto y no como objeto de atención subraya el llamamiento de EMPOWER a la dignidad, la autonomía y la colaboración en la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Se recuerda a los estudiantes y a los profesionales que el éxito de las intervenciones terapéuticas no solo depende de la competencia clínica, sino también de **la sensibilidad cultural, el respeto mutuo y la comunicación abierta**. Esto se ajusta al compromiso de EMPOWER con la empatía, la equidad y los derechos humanos como componentes esenciales de la práctica sanitaria.

El análisis que se hace en este capítulo sobre los sesgos implícitos, los errores de atribución y los mecanismos de proyección ofrece una perspectiva sobre los procesos psicológicos que a menudo no se examinan en los encuentros clínicos. Estos mecanismos, cuando no se abordan, pueden dar lugar a malentendidos, diagnósticos erróneos y una menor calidad de la atención. El modelo EMPOWER anima a los profesionales a desarrollar la conciencia de sí mismos y prácticas reflexivas para reconocer y mitigar esos sesgos, lo que favorece unas interacciones más precisas, respetuosas e inclusivas.

Además, el capítulo amplía las **consecuencias del racismo sistémico y la violencia estructural**, reforzando la visión del modelo EMPOWER de que una atención sanitaria equitativa requiere no solo conciencia interpersonal, sino también **un cambio institucional**. Al reconocer el racismo como un factor determinante de la salud mental, el texto insta a actuar a nivel micro (personal), meso (organizativo) y macro (político), exactamente el tipo de compromiso a varios niveles que promueve EMPOWER.

Por último, al integrar los conocimientos de la enfermería transcultural, los marcos globales de derechos humanos y la psicología social, el capítulo demuestra que la atención sanitaria basada en la competencia cultural es tanto **una obligación moral** como **una necesidad práctica**. Este enfoque prepara a los estudiantes no solo para atender a poblaciones diversas, sino también para convertirse en agentes del cambio, defendiendo la justicia, la inclusión y la integridad en los sistemas de salud.

De este modo, el capítulo proporciona no solo una base conceptual, sino también una vía directa para aplicar el modelo EMPOWER en la educación y la práctica clínicas, promoviendo una atención integral, justa y centrada en el ser humano.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 5

Competencia intercultural:

Cambio de perspectiva
y competencia reflexiva

MARIA ANNA MARCHWACKA

Universidad de Ciencias Aplicadas de Ostfalia (Alemania)

“

¡Todo gira en torno al cambio de perspectiva
y la competencia reflexiva!

5.1. Introducción

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la diversidad no es solo una realidad, sino un factor determinante de la práctica profesional. Cada interacción, ya sea con pacientes, compañeros o cuidadores, está marcada por diferentes antecedentes culturales, valores y estilos de comunicación. Si bien esta diversidad enriquece el sistema sanitario, también nos obliga a desarrollar una mayor conciencia de cómo los factores culturales influyen en la atención.

La competencia intercultural en la atención sanitaria no se basa en normas rígidas, sino en el desarrollo de una mentalidad autorreflexiva y adaptable que fomente una atención inclusiva y centrada en el paciente.

Los malentendidos, ya sean lingüísticos o culturales, pueden obstaculizar los enfoques centrados en el paciente y, en algunos casos, incluso comprometer su seguridad. ¿Cómo podemos, como profesionales de la salud, ser más sensibles a las diferencias culturales? ¿Cómo podemos desarrollar la capacidad de cambiar de perspectiva y reflexionar sobre nuestros propios prejuicios?

Este capítulo explora los conceptos de migración, cultura e interculturalidad desde una perspectiva educativa. Destaca la importancia de **la reflexividad, la sensibilidad y la capacidad de adoptar diferentes perspectivas** como componentes esenciales de la competencia intercultural. Se presenta un enfoque didáctico que ayuda a los profesionales de la salud a reconocer sus propias influencias culturales, cuestionar sus supuestos y entablar interacciones significativas con personas de diferentes orígenes.

La competencia intercultural no consiste en dominar un conjunto de reglas predefinidas, sino en cultivar una mentalidad abierta y reflexiva que nos permita adaptarnos, aprender y crecer en un mundo cada vez más interconectado. Al adoptar este proceso, podemos contribuir a un sistema sanitario que no solo sea profesional y eficiente, sino también verdaderamente inclusivo y centrado en las personas. Emprendamos este viaje de reflexión y aprendizaje, dando forma a un futuro en el que la diversidad no se vea como un reto, sino como una fortaleza.

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- El desarrollo de la sensibilidad cultural en el contexto de la interacción con los pacientes.
- La mejora del trabajo en equipo interdisciplinario e intercultural en diversos entornos sanitarios
- La formación en técnicas de comunicación eficaces y sensibles a las diferencias culturales en el contexto de la atención a pacientes multiculturales
- Garantizar la seguridad del paciente teniendo en cuenta la diversidad cultural
- El desarrollo de una organización sanitaria diversa

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Reflexionar sobre su perspectiva personal
- Desarrollar habilidades para adoptar diferentes perspectivas
- Identificar sinergias entre perspectivas
- Cambiar de perspectiva y adoptar múltiples puntos de vista



5.2. Cultura: referencias culturales e interseccionalidad

El concepto de cultura ha sido objeto de muchos discursos científicos diferentes. Los enfoques de investigación se remontan al antropólogo cultural Malinowski, pionero de la investigación etnográfica de campo (1932). Los antropólogos culturales Kroeber y Kluckhohn (1952) ofrecen una visión general completa de la multitud de definiciones y, al mismo tiempo, se refieren al concepto dinámico de cultura, cuyo enfoque se considera una «teoría de los patrones de la cultura», es decir, la cultura presupone desarrollo y cambio. Actualmente, dependiendo de la disciplina, se enfocan diferentes perspectivas con el término «cultura», en función de los paradigmas científicos (Hansen, 2000; Bolten, 2007; Moosmüller, 2007; Straub, 2004).

La cultura de un grupo determinado se basa en un sistema de conocimientos colectivos que dota al grupo de su sentido de propósito e identidad. Al mismo tiempo, está repleta de símbolos, signos y convenciones, cuya adquisición se produce durante el proceso de socialización. Sin embargo, estos símbolos, signos y convenciones no son fijos, sino que pueden ser interpretados y vividos de manera flexible por los individuos (Marchwacka, 2021). Por consiguiente, la cultura no puede ser estática ni prestarse a un acuerdo total sobre un sistema cultural de normas, ya que la cultura no es homogénea. Más bien, se caracteriza por contradicciones y solapamientos en diversas dimensiones (edad, idioma, nivel educativo, origen étnico, ocupación, etc.). El solapamiento intercultural en-

tre el yo y el otro, o «alteridad», tal y como lo conceptualizan Bennett (2016) y Bennett (2004), es evidente en casi todos los aspectos de la asistencia sanitaria y social en una sociedad multicultural. Los aspectos visibles, como las habilidades lingüísticas y los hábitos alimenticios, se perciben principalmente en la vida cotidiana, mientras que los valores, las normas y las justificaciones subyacentes permanecen en su mayor parte ocultos. En el contexto de la sensibilización cultural, estos aspectos subyacentes requieren un examen explícito con la otra persona y su perspectiva. Los aspectos invisibles plantean el mayor desafío para una comunicación adecuada y para la construcción de relaciones como base para el trabajo en la asistencia sanitaria (fig. 7).

Estas interacciones pueden dar lugar a malentendidos, sentimientos de inseguridad y, en ocasiones, frustración debido a reacciones, creencias y sistemas de valores imprevistos, ya que las personas con orientaciones culturales diferentes pueden enfrentarse a la incomprensión y la inseguridad cuando se enfrentan a perspectivas que difieren de las suyas.

El entrelazamiento entre el yo y el otro (alteridad), así como la diversidad de las referencias culturales del individuo, sugieren que se establece una diferenciación diferente en función del interlocutor y que no se puede trazar una frontera homogénea e inequívoca. El género, los recursos, la edad y las subculturas revelan los cruces dentro de un grupo étnico o una cultura lingüística. Para ilustrar este punto, consideremos una sala de oncología hipotética. En la sala podría estar ingresada una paciente anciana cuya lengua materna es el turco y que recibe frecuentes visitas de su familia, así como una mujer de negocios soltera de habla rusa que, a pesar de sus recursos socioculturales, podría carecer del apoyo de sus familiares debido a su residencia en el extranjero. El



Fig. 7. Aspectos culturales y niveles de reflexión (Marchwacka, 2021, 2022)

último paciente podría ser un menor procedente de Afganistán con un conocimiento básico del idioma local. Las experiencias vitales de los pacientes sugieren diferentes procesos de socialización y recursos, a pesar de sus experiencias migratorias y de su pertenencia al grupo arbitrariamente construido de «migrantes». Además, los individuos experimentan diferentes oportunidades de participación y, en algunos casos, mecanismos de distinción. En particular, las barreras lingüísticas debidas a un dominio insuficiente del alemán pueden impedir la comunicación, lo que provoca una sensación de mutismo y, en consecuencia, angustia psicológica (Kürsat-Ahlers, 2000). Este fenómeno persiste incluso entre las personas con un nivel educativo más alto, lo que pone de relieve los retos que plantean las diferencias lingüísticas en la comunicación. Esta situación suele generar sentimientos de insatisfacción, así como una sensación de impotencia ante la incapacidad de expresarse y cumplir las expectativas lingüísticas. Cabe destacar que los especialistas de países extranjeros.

Se trata de un fenómeno que se observa con frecuencia. Esto se debe a su dominio relativamente menor del alemán, lo que hace que sus conocimientos especializados, especialmente en áreas como la anamnesis y el asesoramiento, no se expresen con la eficacia necesaria y, en consecuencia, se subestimen.

Los «ejes de diferencia» (Knapp, 2008) pueden clasificarse como verticales (aleman/no alemán) o «transversales» (heterosexual/homosexual). Estos ejes pueden generar terceros efectos a través de desplazamientos y distorsiones, lo que da lugar a la aparición de «espacios intermedios» (Dietze, 2008). Para ilustrar este fenó-



Fig. 8. Diversidad e interdependencias (diseño propio basado en Mecheril y Seukwa, 2006; Bourdieu, 1982).

meno, podemos considerar el ejemplo de un médico turco que se enfrenta a la discriminación tanto en la esfera social como en su vida profesional (debido al idioma y la cultura). Sin embargo, el médico puede pasar por alto simultáneamente experiencias cotidianas que implican mecanismos de distinción, como el estatus socioeconómico (médico), el género y el nivel educativo (académico), dentro de su propio entorno social y económico.

El punto central que debe desarrollarse es que el concepto de diversidad cultural en la atención sanitaria no es estático, sino que está determinado por una variedad de factores dinámicos e interrelacionados, como el idioma y la socialización. Es importante señalar que una comunicación intercultural eficaz requiere ser consciente tanto de los elementos culturales visibles como de los invisibles, ya que esto fomenta una atención centrada en el paciente. Las distinciones dentro de la interseccionalidad, como el estatus socioeconómico, el género y la etnia, influyen en las dinámicas de poder y en las oportunidades de participación en la atención sanitaria. Es esencial incorporar el aprendizaje intercultural y la gestión de la diversidad en la formación profesional para mejorar la seguridad de los pacientes y la adaptabilidad institucional.

Por el contrario, adoptar una perspectiva interseccional como pensamiento «integral» (Walgenbach, 2007) tiene el potencial de facilitar una autocrítica productiva de la hegemonía (Dietze, 2008) y permitir considerar a los individuos como entidades compuestas que abarcan diversos campos de diferencia basados en el poder o la marginación (Grewal y Kaplan, 1994). Es imperativo reconocer que las categorías interseccionales no deben interpretarse como una esencia inherente, sino como categorías dependientes del contexto que son susceptibles de variación a través de las fronteras temporales y geográficas (Dietze 2008).

En resumen, los encuentros en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria con personas de diferentes afiliaciones y diversidad cultural deben considerarse procesos de aprendizaje y formación dentro de entornos profesionales. Las interacciones en entornos profesionales se producen en diferentes roles (por ejemplo, fisioterapeuta, terapeuta, paciente, cliente) y están integradas en estructuras sociales (por ejemplo, clínicas, centros de rehabilitación) y limitadas por estructuras de poder, jerarquías y restricciones económicas. Los procesos mediante los cuales se negocian estos diferentes factores pueden y deben incorporarse a la formación que se imparte a los trabajadores y profesionales de la salud y los servicios sociales. El aprendizaje intercultural es un componente esencial de la formación profesional, especialmente en lo que se refiere a la orientación al paciente y la seguridad de este. En este contexto, los encuentros que facilitan la comprensión interseccional pueden considerarse innovadores, ya que revelan problemas de comunicación que pueden contribuir a la introspección sobre la propia identidad y función, así como a la capacidad de la institución para evolucionar como organización que aprende. Para abordar estos retos, es esencial fomentar la competencia intercultural a nivel individual, junto con la gestión de la diversidad a nivel estructural, sustituyendo la orientación monocultural que ha caracterizado tradicionalmente a los centros sanitarios.

5.3. Diversidad cultural: el ejemplo de Alemania

La diversidad cultural de la población se caracteriza por la coexistencia de una multitud de idiomas, religiones y creencias, lo que se ejemplifica en países de inmigración como Alemania, lo que pone de relieve su multiculturalismo (diversidad cultural). Las razones de la inmigración son diversas, incluyendo motivos económicos, políticos y familiares, así como diferentes niveles de recursos. En la investigación sobre migración, se debate con frecuencia el concepto de «factores de empuje y atracción» (Bade y Oltmer, 2004). **Los factores de empuje** incluyen, entre otros, las guerras, la pobreza, el hambre y los sistemas sanitarios inadecuados. Por el contrario, **los factores de atracción** están asociados a la promesa de un futuro mejor, las oportunidades de progreso y el acceso a la educación.

Un área importante de estudio en las ciencias de la educación es la de las trayectorias educativas biográficas y la igualdad de oportunidades dentro de los sistemas educativos. Este campo se centra en las desigualdades en las oportunidades educativas, las estructuras de poder y la discriminación (institucional), desvelando estos problemas críticos (Gogolin, 2019; Toprak y Weitzel, 2017). El resultado es un llamamiento a la equidad en la educación, la gestión de la diversidad y la competencia intercultural (comprensión cultural y adaptabilidad), que no se limita a los sistemas educativos, sino que se extiende a todas las estructuras de una sociedad migratoria que reconoce la diversidad y valora la inclusión. Según el microcenso, el 70 % de las personas que viven en Alemania no tienen antecedentes migratorios, mientras que el 30 % sí los tienen, de los cuales el 10 % son extranjeros sin nacionalidad alemana (Statistisches Bundesamt, 2023). Se observa una tendencia similar entre los niños menores de cinco años, con una proporción que alcanza alrededor del 40 %. El sector sanitario en Alemania está experimentando una afluencia continua de profesionales extranjeros, con una proporción de trabajadores con antecedentes migratorios estimada en un 15 % en las profesiones sanitarias. La mayor proporción de estos profesionales se encuentra en el ámbito de la atención a las personas mayores, con un 30 % (Sachverständigenrat für Integration und Migration, 2022).

En las estadísticas sanitarias, el grupo «migrantes» se entiende como un grupo homogéneo o se diferencia según las dos categorías «no alemanes» y «personas con antecedentes migratorios» (RKI). Si bien esta categorización es importante, debe abordarse con sensibilidad y considerarse de forma crítica, ya que conlleva el riesgo de dicotomización (pensamiento binario) «nosotros» (los alemanes) frente a «los demás» (los «migrantes»). La construcción de un grupo étnico y sus particularidades percibidas a menudo se sustenta y se intensifica con los resultados estadísticos, y los factores de riesgo para la salud, como las conductas adictivas (por ejemplo, el consumo de alcohol) o la obesidad, se registran según el origen étnico (por ejemplo, jóvenes «rusos» o «turcos»). Sin embargo, los datos rara vez se diferencian por factores como la duración de la migración, los recursos socioeconómicos u otras variables (por ejemplo, el idioma y el género) (Marchwacka, 2013). En consecuencia, esta forma de informar puede dar lugar a la construcción de grupos de migrantes homogéneos e intensificar la dicotomización.

La construcción social de las «personas con antecedentes migratorios» no refleja un fenómeno homogéneo, ya que no se puede esperar una imagen uniforme de sus vidas. En cambio, la migración debe conceptualizarse como un **proceso dinámico** que varía a pesar de **ciertas similitudes biográficas**, entre ellas:

- La experiencia de crecer en comunidades étnicas (homogeneidad étnica), donde los individuos obtienen una sensación de seguridad gracias a la unidad del grupo.
- La experiencia de crecer en dos culturas lingüísticas: la lengua materna de los padres y el entorno alemán. La lengua materna de los padres refuerza el sentido de pertenencia, que desempeña un papel importante en la formación de la identidad.

La migración no es un fenómeno homogéneo, sino un proceso dinámico influido por factores lingüísticos, socioculturales y económicos. Estos factores determinan las experiencias individuales y la integración profesional.

Además, el reconocimiento de los efectos sinérgicos de la diversidad cultural en forma de identidades híbridas es posible gracias al hecho de crecer en familias biculturales o trilingües (Marchwacka, 2022). El curso de los procesos migratorios puede verse influido por recursos lingüísticos, socioculturales y económicos. Por ejemplo, el dominio del inglés como lengua materna puede servir de recurso y facilitar los procesos migratorios. Además, el nivel educativo alcanzado antes de la migración a Alemania, o el de los padres e es, puede influir en el desarrollo individual y en la participación social.

Los sistemas de salud y educación deben pasar de una perspectiva de integración, a menudo percibida como un déficit, a un enfoque orientado a la inclusión. Este enfoque garantiza la participación equitativa y valora la diversidad en todas sus formas.

(Marchwacka, 2013). Por el contrario, los trabajadores cualificados que poseen un conocimiento matizado del alemán y cuentan con buenas cualificaciones académicas, pero carecen de redes familiares, escolares o relacionadas con los estudios, pueden encontrar limitaciones en su integración social, lo que puede dar lugar a sentimientos de aislamiento. Además, los trabajadores cualificados extranjeros se enfrentan a obstáculos para el reconocimiento adecuado de sus cualificaciones (Döring, 2019; Best et al. 2019), lo que limita su integración profesional. Las cualificaciones teóricas y prácticas adquiridas en el extranjero se enfrentan a una nueva realidad en Alemania, por ejemplo, en lo que respecta a los sistemas de atención y documentación, así como a las áreas de responsabilidad, las competencias y los métodos de trabajo. Se ha demostrado que esto provoca confusión e insatisfacción entre los miembros del equipo (Schilgen et al. 2019).

Por lo tanto, se recomienda considerar el término «migrantes» como un grupo heterogéneo, prestando atención al potencial de desarrollo individual, los recursos y los procesos migratorios que influyen en la socialización, incluida la socialización profe-

sional. A la luz de los procesos migratorios cada vez más diversos y del aumento del número de pacientes, clientes y residentes con antecedentes migratorios, los proveedores de atención sanitaria y asistencial se enfrentan al reto de abordar la diversidad entre los alumnos, los profesionales, los pacientes y los clientes (Schilgen et al., 2019).

Esto debe abordarse con un espíritu de sociedad inclusiva y atención centrada en el paciente. El discurso debe pasar de la integración, que a menudo se percibe como un déficit, a la inclusión, que hace hincapié en la participación equitativa y la implicación de todas las personas, independientemente de sus oportunidades y limitaciones, roles de género, antecedentes lingüísticos, culturales y étnicos, entornos sociales, orientaciones sexuales o convicciones políticas y religiosas (Hinz, 2015).

5.4. La educación intercultural como proceso de interacción

La interculturalidad se define como un proceso de interacción que surge a través del contacto cultural, y el carácter procesual de la situación de interacción se define como «intercultural» (proceso «entre dos») (Bolten, 2007). En el ámbito de la salud y la formación en enfermería, la «intercultural» puede conceptualizarse como un proceso de aprendizaje multifacético que abarca la adquisición de habilidades y el cultivo de una disposición para comprender y ser comprendido por los demás, para fomentar relaciones caracterizadas por el reconocimiento y el aprecio mutuos, para interactuar de manera orientada al paciente y comunicativa, y para gestionar los conflictos a través de medios argumentativos. La comprensión de la dinámica intercultural debe servir como principio fundamental del comportamiento comunicativo.

Estos aspectos incluyen la capacidad de:

- reconocer la intención de una persona,
- comprender el significado,
- captar un significado dentro de un contexto,
- comprender un idioma extranjero,
- identificar causas y reconocer fenómenos, y
- desarrollar una comprensión de las personas y su situación (Heringer, 2004).



El tratamiento y el cuidado de las personas con sus necesidades individuales y en su papel especial como pacientes requiere una comprensión en el sentido hermenéutico (el arte de la interpretación según Gadamer, 1972). En este contexto, el lenguaje como medio de comunicación sigue siendo el centro de la comprensión. El aprendizaje intercultural implica tanto el lenguaje (lengua

extranjera: esto abarca no solo la comunicación verbal, como el alemán, el inglés, el italiano y otras lenguas), como los elementos no verbales y paraverbales, que pueden plantear retos, especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, la forma en que se inicia una conversación, como la pronunciación de los nombres o el uso de dialectos, puede influir significativamente en el desarrollo de una relación positiva o provocar irritación. Además, la naturaleza de las interacciones se ve influida por diversos factores, entre los que se incluyen, entre otros, la edad del paciente o cliente, sus habilidades lingüísticas, las circunstancias específicas de la atención o el tratamiento y el contexto de la interacción (por ejemplo, un hospital o un centro de rehabilitación). Estos factores desempeñan un papel crucial en el desarrollo y el mantenimiento de la comunicación y las relaciones, que son de suma importancia en los contextos interculturales relacionados con la prestación de asistencia sanitaria.

Auernheimer (2003, 2008) identifica cuatro factores clave que influyen en la comunicación intercultural:

- asimetría de poder,
- experiencias colectivas,
- la percepción propia y externa, y
- los patrones culturales.

Asimetría de poder: los pacientes se enfrentan a los roles que se les asignan como receptores en la acción comunicativa (durante el tratamiento, la intervención o el proceso de atención), lo que limita su autonomía y, al mismo tiempo, pone de relieve el desequilibrio de poder. El evidente desequilibrio de poder dificulta la par-



Fig. 9. Construcción «yo/nosotros frente a los demás» y percepción social

ticipación, lo que se ve agravado por la falta de comprensión del sistema sanitario o del lenguaje.

Experiencias colectivas: Las actitudes y expectativas de los pacientes con respecto a la atención, los médicos y otros profesionales de la salud están influenciadas por sus experiencias personales, así como por las de sus familiares y amigos.

En el ámbito de la asistencia sanitaria, el aprendizaje intercultural abarca mucho más que la mera comprensión de marcos culturales dispares: implica interacciones genuinas, una comunicación eficaz y el establecimiento de relaciones de confianza con los pacientes y los compañeros de trabajo. Al reconocer las dinámicas de poder, las perspectivas culturales y los retos comunicativos, las personas pueden desarrollar competencias esenciales para prestar una atención centrada en el paciente y colaborar de forma eficaz en equipos diversos.

La autopercepción y la percepción de los demás: la percepción selectiva de los demás en circunstancias específicas puede dar lugar al esencialismo cultural y a generalizaciones. En el contexto clínico, las percepciones que los pacientes tienen del personal de enfermería y los médicos están influenciadas por miedos, preocupaciones y resignación, lo que lleva a la generalización de experiencias individuales (por ejemplo, la percepción de falta de tiempo para preguntas, comunicación limitada, interacciones apresuradas) (El personal de enfermería dedica poco tiempo, no escucha). La implicación y las emociones asociadas también pueden influir en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, así como en la creación de equipos interprofesionales.

Diferencia en los patrones culturales: Los patrones culturales están determinados por experiencias compartidas más que por los antecedentes nacionales, y están influenciados por las actitudes hacia la vida, los contextos socioculturales y el lenguaje utilizado. Por consiguiente, los patrones culturales se consideran construcciones sociales, moldeadas por las experiencias personales de los individuos en la vida cotidiana y en el trabajo. Estos patrones pueden clasificarse en diversos entornos (Nohl, 2013), lo que puede dar lugar a experiencias de extrañeza o diferencia. El proceso de creación de la «alteridad» (Bennett y Bennett, 2004): «Ellos son...», «Eso es típico de...», caracteriza una forma de especificidad cultural (construida) que puede dar lugar a dificultades de comunicación.

En resumen, los elementos críticos para los procesos de comunicación o los trastornos de la comunicación (fig. 9) incluyen el uso del lenguaje, las formas de comunicación, las experiencias biográficas y la afiliación cultural. Estos elementos son fundamentales en las situaciones interculturales.

En el contexto de las interacciones profesionales, la interrupción de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes/clientes, así como entre los propios profesionales sanitarios, da lugar a irritaciones y malentendidos. Cuando estas irritaciones y malentendidos se perciben conscientemente, pueden servir

de catalizadores para un proceso de aprendizaje dentro del entorno profesional. En el proceso de aprendizaje, se pueden reflexionar las percepciones subjetivas y las experiencias de diferencia, así como las expectativas mutuas y los efectos del propio lenguaje. Esto se puede lograr mediante escenarios orientados a la retroalimentación que tengan en cuenta la perspectiva del paciente y en un entorno interprofesional. Los escenarios de aprendizaje pueden implementarse en diversos entornos, como la educación, la formación, la formación continua, la escuela y el lugar de trabajo. Estos escenarios contribuyen al desarrollo profesional con el objetivo de la seguridad y la orientación del paciente. Un requisito previo fundamental para ello es la retroalimentación estructurada y la autorreflexión, que en última instancia contribuyen a la competencia intercultural.

5.5. El desarrollo de la competencia reflexiva

Según el concepto de competencia y comprensión de la competencia como disposiciones de autoorganización de Erpenbeck y Sauter (2000) y Wagner y Sauter (2017), la competencia intercultural (comprensión cultural y adaptabilidad) puede considerarse una disposición a utilizar las habilidades y capacidades (combinadas con la motivación y la voluntad) de manera adecuada en situaciones interculturales. Allemann Ghionda (2009) destaca que la competencia intercultural (comprensión cultural y adaptabilidad) debe permitir a las personas reaccionar en situaciones de contacto o conflicto cultural sin incomprensión, irritación ni conducta inadecuada. Sin embargo, la comunicación eficaz se caracteriza por la comprensión, la tolerancia a la ambigüedad y la voluntad de comunicarse y comportarse de manera comprensible. En esencia, la comunicación eficaz requiere un proceso de aprendizaje deliberado y reflexivo (Forster 2014, Geier 2016) que contribuya al desarrollo personal. La competencia reflexiva es esencial para fomentar la comprensión intercultural en el ámbito sanitario. Esta competencia va más allá de las habilidades técnicas, ya que anima a las personas a evaluar críticamente sus acciones, creencias e interacciones dentro de un contexto cultural (Moosmüller, 2020). Por ejemplo, los profesionales sanitarios deben reflexionar sobre cómo sus propios antecedentes culturales y su formación profesional influyen en sus percepciones y enfoques terapéuticos. Esta competencia es fundamental para generar confianza, garantizar una atención equitativa y navegar por las complejas dinámicas culturales en entornos clínicos y educativos.

De acuerdo con los modelos de competencia intercultural de Campinha-Bacote (2002) y Moosmüller (2020), se pueden distinguir los siguientes elementos para caracterizar las situaciones interculturales (fig. 10).

- Huella cultural: conciencia del propio mundo de experiencias y huella cultural en el transcurso de la educación y la socialización, y el comportamiento, las rutinas y los hábitos resultantes.
- Construcción del yo y el otro (cambio de perspectiva): percepción del otro y del efecto del propio lenguaje, comunicación y comportamiento en los in-

terlocutores; aquí deben percibirse conscientemente tanto la empatía como la ambivalencia de las emociones.

- Estrategias de acción a nivel personal: posibles cursos de acción en el contexto del proceso de negociación y reflexión sobre el propio papel y actitud.
- Estrategias de acción desde una perspectiva interseccional: posibles cursos de acción en el contexto de los procesos de negociación, con especial atención a las estructuras de poder existentes y su análisis.

La competencia intercultural, por lo tanto, debe entenderse como un proceso continuo de reflexión que forma parte integral del aprendizaje. Se caracteriza por la capacidad de considerar las propias experiencias, las diversas interpretaciones de las situaciones y los encuentros con las relaciones de poder, lo que requiere tiempo y espacio para poder desentrañar adecuadamente. El proceso de aprendizaje se centra en la consecución de dos objetivos principales. En primer lugar, el desarrollo de una conciencia reflexiva sobre la propia socialización cultural y lingüística, que se refiere al sentido de pertenencia colectiva. En segundo lugar, la exploración



Fig. 10. Competencia intercultural reflexiva (Marchwacka 2017, 2022)

y el análisis del impacto que uno tiene sobre los demás a través del cambio o la transformación de la perspectiva. Para alcanzar este objetivo, es esencial reconocer conscientemente la presencia de la empatía y la ambivalencia de las emociones. El objetivo general es doble: en primer lugar, examinar de forma introspectiva el propio papel y las estructuras predominantes en el contexto de los escenarios interculturales; y, en segundo lugar, analizar metódicamente las posibles acciones que están influenciadas por las emociones y la ambivalencia.

La competencia intercultural se define como un conjunto integral de habilidades y atributos que permiten a una persona desenvolverse y comunicarse eficazmente en contextos culturales diversos. Va más allá del mero conocimiento; se trata más bien de un proceso de aprendizaje continuo y permanente que exige reflexión, empatía y adaptabilidad. Al interactuar con perspectivas culturales diversas, es esencial dedicar tiempo a la introspección, a reflexionar sobre las experiencias personales y el impacto de las propias acciones en las interacciones con los demás. El desarrollo de la competencia intercultural se basa en los principios del diálogo, la conciencia de uno mismo y la voluntad de desenvolverse en situaciones complejas con una mente abierta.

La adquisición de la competencia intercultural (comprensión cultural y adaptabilidad) debe considerarse un proceso de aprendizaje permanente que requiere tiempo y espacio para reflexionar sobre las experiencias, interpretar las situaciones y enfrentarse a las relaciones de poder. El proceso de aprendizaje hace hincapié en:

- La conciencia reflexiva de la propia socialización cultural y lingüística (afiliaciones colectivas).
- Exploración y análisis del efecto que uno tiene sobre los demás a través de cambios de perspectiva.

El reconocimiento de la empatía y la ambivalencia de las emociones. El objetivo general de este proceso es doble: en primer lugar, reflexionar sobre el papel que uno desempeña y las estructuras existentes en situaciones interculturales y, en segundo lugar, analizar las posibilidades de actuación asociadas a las emociones y la ambivalencia.

La adquisición de la competencia intercultural, que abarca la comprensión cultural y la adaptabilidad, debe conceptualizarse como un proceso de aprendizaje permanente que requiere tiempo y espacios dedicados a la reflexión sobre las propias experiencias, las diversas interpretaciones de las situaciones y el compromiso con las relaciones de poder. El proceso de aprendizaje se centra en dos aspectos clave: en primer lugar, el examen introspectivo de la propia socialización cultural y lingüística, que abarca las afiliaciones colectivas; y, en segundo lugar, la exploración y el análisis del impacto que uno tiene en los demás a través del cambio de perspectiva. Es necesario reconocer conscientemente la empatía y la ambivalencia de las emociones. El objetivo es doble: en primer lugar, examinar de forma introspectiva el papel que uno desempeña y las estructuras predominantes en el contexto de los escenarios interculturales; y, en segundo lugar, analizar metódicamente el potencial

de acción, teniendo en cuenta los matices emocionales y la ambivalencia inherentes a estas situaciones. El aprendizaje intercultural se conceptualiza como una forma de aprendizaje social, que enfatiza los principios del diálogo y la autonomía de los individuos dentro de las estructuras sociales. Este enfoque sitúa a los sujetos en el centro, reconociendo su capacidad de actuar y tomar decisiones. En este sentido, los procesos de aprendizaje y educación son dinámicos y se producen en el contexto de la comunicación y las interacciones que se dan en el entorno social.

El proceso de aprendizaje se centra en la gestión de las diferencias y las estructuras de poder, así como en los procesos de negociación, con un enfoque en la adquisición de competencias clave para una acción eficaz. Los procesos de negociación requieren que los interactuantes toleren la frustración y la ambigüedad para soportar las diferencias y adherirse al principio del diálogo en términos de argumentación. También requieren la capacidad de lidiar con el conflicto y la cooperación, ya que la toma de decisiones dentro de las estructuras de poder implica conflictos. Las posibles estrategias se generan en el discurso conjunto y a través de la (auto)reflexión y la intuición. El énfasis se pone en la adquisición de habilidades en situaciones abiertas y complejas, en el sentido de habilidades de autoorganización según Erpenbeck y Sauer (2000). Las situaciones profesionales auténticas (con características interculturales) representan el punto de partida para los procesos de aprendizaje orientados al conocimiento.

5.6. Cambiemos nuestra perspectiva y alejémonos del esencialismo

En un mundo caracterizado por la diversidad cultural, lidiar con las diferencias puede ser tanto un reto como una oportunidad. Las barreras lingüísticas, los malentendidos culturales y los prejuicios institucionales ocultos pueden parecer desalentadores al principio. Sin embargo, también representan momentos poderosos para el crecimiento y el aprendizaje. Imagina que te encuentras con un paciente cuyo bagaje cultural o visión del mundo difiere significativamente del tuyo: ¿cómo salvarías esa brecha? ¿Cómo podrías asegurarte de que todos se sientan vistos, respetados y valorados? Este tipo de situaciones exigen algo más que conocimientos técnicos; requieren competencia reflexiva, empatía y el valor de cuestionar las propias creencias. Al aceptar estos retos, no solo se superan las barreras, sino que se contribuye activamente a construir un futuro más inclusivo y equitativo. Desarrollar la competencia reflexiva permite transformar los malentendidos en cone-

Se ha demostrado que la aplicación del análisis de incidentes críticos en entornos profesionales anima a los profesionales a adoptar diferentes perspectivas en lugar de basarse en visiones esencialistas de la cultura. Se ha demostrado que este proceso de autorreflexión fomenta la conciencia de uno mismo y la competencia intercultural al promover la comprensión de puntos de vista diversos. Al analizar situaciones difíciles, las personas desarrollan estrategias para desenvolverse en las interacciones profesionales con mayor adaptabilidad y apertura.

xiones significativas, generar confianza y crear soluciones que benefician a todas las partes. De este modo, cada obstáculo se convierte en una oportunidad para el crecimiento personal y profesional.

Incidente crítico

La técnica del incidente crítico fue introducida por primera vez por Flanagan en 1954 y posteriormente revisada en 1963. Esta técnica se basa en situaciones profesionales críticas, caracterizadas por momentos de tensión e irritación. Se ha demostrado que el análisis y el procesamiento específicos de estas situaciones facilitan el desarrollo de la competencia reflexiva. Este enfoque se emplea actualmente en diversos contextos, entre los que se incluyen, entre otros:

- como método de investigación cualitativa,
- para la gestión de errores,
- en la didáctica universitaria (Marchwacka et al., 2021).

El método puede entenderse como la observación directa del comportamiento de un individuo en una situación crítica específica, un evento con diversas causas potenciales, que se analiza a lo largo del proceso de aprendizaje para promover la comprensión de tales situaciones críticas. Entre los diversos factores que contribuyen a tales malentendidos se encuentran los «puntos ricos» (Agar, 1994), también conocidos como obstáculos, que surgen de las idiosincrasias culturales en la comunicación. Estos elementos pueden impedir un análisis lingüístico eficaz. Los malentendidos pueden surgir, por ejemplo, de los diferentes enfoques en el uso de formas formales e informales de dirigirse a alguien, del volumen empleado en la comunicación o del uso de títulos.

Los procesos de aprendizaje basados en incidentes críticos, que están influenciados por el comportamiento relacionado con la cultura, la comunicación (Marchwacka et al., 2021, 2022) y que analizan las interacciones interculturales teniendo en cuenta los niveles afectivos, tienen la capacidad de cambiar la perspectiva de uno mismo hacia los demás. Este cambio de perspectiva puede ir acompañado de un proceso de autorreflexión, caracterizado por el cuestionamiento de las convicciones personales y las respuestas habituales. También puede dar lugar a sentimientos de frustración y ambigüedad. Estas emociones, derivadas de los sentimientos de frustración y ambigüedad, pueden servir de catalizador para el inicio del proceso de aprendizaje, impulsado por la implicación tanto en las propias emociones como en las de los demás. También se ha demostrado que una visión multiperspectiva de la situación permite distanciarse no solo del propio papel, sino también del papel del paciente. A su vez, esto permite adoptar una actitud reflexiva (en lugar de esencialista) hacia las diferentes afiliaciones culturales y lingüísticas, lo que puede contribuir a mejorar la seguridad del paciente, por un lado, y a aumentar las oportunidades de participación en el sistema sanitario, por otro.

El análisis de incidentes críticos sirve como herramienta práctica para desarrollar la competencia reflexiva. Al examinar situaciones específicas en las que surgen malentendidos culturales, los profesionales pueden identificar supuestos subya-

Desarrollo de la competencia reflexiva:

- *Incidente crítico y análisis de casos (seleccionar incidente, investigar información)*
- *Cambio de perspectiva (intercambiar roles y explorar acciones alternativas)*
- *Reflexión (discutir las emociones, proporcionar feedback, escribir un portfolio)*

centes, sesgos y áreas de crecimiento. Este proceso reflexivo transforma los encuentros desafiantes en valiosas oportunidades de aprendizaje.

Los incidentes críticos ofrecen la oportunidad de experimentar conscientemente los vínculos culturales y reflexionar sobre el papel desempeñado y su efecto en el metanivel. Al mismo tiempo, al adoptar otras perspectivas, las personas adquieren una distancia crítica respecto a sí mismas y a su respectiva afiliación cultural, un proceso de aprendizaje que promueve la interpretación y la revisión de su propia perspectiva.

Estas situaciones de interacción crítica funcionan como oportunidades para analizar las afiliaciones culturales y desarrollar estrategias interpretativas y discursivas para la acción. En última instancia, estas estrategias tienen por objeto configurar las situaciones profesionales de manera autónoma y competente.

5.7. Conclusión

En resumen, cabe destacar que la cultura y la nación/sociedad no son congruentes. Dentro de una sociedad coexisten diferentes culturas que están interrelacionadas, por lo que las personas suelen pertenecer no solo a una cultura, sino a varias. Esto les permite ejercer su agencia, lo que les permite «cambiar» y seguir las normas de otras culturas (por ejemplo, lingüísticas y profesionales) para actuar de manera adecuada en una situación determinada. Esta capacidad puede considerarse el resultado de procesos de aprendizaje. Por consiguiente, el cruce y la interseccionalidad de las culturas deben considerarse la norma, dado que toda atribución cultural presenta interdependencias. Dependiendo de la dimensión de la diferenciación, construimos imágenes culturales de «mujeres», «comadronas», «personas con experiencia migratoria», «alemanes» y «adictos». En función del contexto y de los interlocutores, también ajustamos el lenguaje y las formas de comunicación, como lo demuestra el uso de lenguaje profesional por parte de un paramédico de urgencias cuando trabaja con una compañera, el uso de lenguaje técnico en un contexto académico durante una conferencia sobre ciencias de la terapia, el uso de lenguaje dirigido a pacientes con pacientes/clientes femeninas y el uso de lenguaje interprofesional en equipo (Marchwacka 2019, Skintey y Marchwacka 2022). En

La reflexión es fundamental para desarrollar la competencia intercultural en el ámbito sanitario, ya que permite a los profesionales de la salud desenvolverse con destreza y flexibilidad en entornos diversos. A través de la reflexión crítica, los estudiantes pueden mejorar la atención centrada en el paciente y cultivar una colaboración interprofesional eficaz.

consecuencia, este fenómeno puede entenderse desde la perspectiva de la formación de la identidad, influida por factores como la profesión, la sociedad, la etnia y los procesos de pertenencia. Sin embargo, es importante señalar que estas interacciones también pueden conducir al establecimiento de límites, ya que las demarcaciones se hacen evidentes cuando surgen malentendidos. En el ámbito sanitario, estos malentendidos requieren la adopción de medidas para garantizar un tratamiento adecuado, lo que subraya la importancia de la competencia reflexiva en las interacciones profesionales.

La competencia reflexiva y la conciencia cultural son esenciales para abordar los retos que plantea una sociedad diversa, especialmente en el ámbito de la asistencia sanitaria. Estas competencias pueden transformar el enfoque de la excelencia profesional. Al reflexionar críticamente sobre las propias perspectivas y comprender las diferencias culturales, las personas pueden superar barreras y contribuir a prácticas más inclusivas y equitativas.

Garantizar la integración de la competencia intercultural reflexiva —definida como comprensión cultural y adaptabilidad— es imprescindible para garantizar la seguridad del paciente y una orientación eficaz. Es fundamental reconocerlo como un proceso de aprendizaje permanente que trasciende las fronteras profesionales, lo que requiere su incorporación al marco educativo de las profesiones sanitarias y a la formación interprofesional. En este sentido, es necesario desarrollar y evaluar los planes de enseñanza y aprendizaje de manera que se ajusten a las necesidades y exigencias de la situación. Un enfoque particularmente eficaz para fortalecer la competencia intercultural reflexiva es la utilización de incidentes críticos. Estos escenarios estructurados y reales permiten a los estudiantes de ciencias de la salud enfrentarse a retos interculturales en un entorno de aprendizaje propicio. El análisis y la reflexión sobre estos escenarios fomentan el desarrollo de competencias esenciales para la atención profesional y culturalmente competente de los pacientes, mejorando las habilidades de toma de decisiones clínicas de los estudiantes y su capacidad para desenvolverse en diversos entornos sanitarios con sensibilidad y confianza.



Referencias

- Agar, M. (1994). *Language shock: Understanding the culture of conversation*. William Morrow & Co.
- Auernheimer, G. (2003). *Einführung in die interkulturelle Pädagogik* (3. Aufl.). Darmstadt.
- Auernheimer, G. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Springer.
- Bade, K. J., & Oltmer, J. (2004). *Normalfall Migration*. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bennett, J. (1993). Cultural marginality: Identity issues in intercultural training. In R. M. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience* (pp. 109-135). Intercultural Press.
- Bennett, J. M., & Bennett, M. J. (2004). Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. In D. Landis, J. M. Bennett, & M. J. Bennett (Eds.), *Handbook of intercultural training* (pp. 147-165). Sage.
- Best, U., Erbe, J., Schmitz, N., Arnold, S., Koch, R., Mundt, S., & Rausch-Berhie, F. (2019). Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. BIBB.
- Bolten, J. (2007). Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die international Personalentwicklung. In V. Künzer & J. Berninghausen (Hrsg.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung* (pp. 21-42). Frankfurt/M.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede*. Suhrkamp.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health-care services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Dietze, G. (2008). Intersektionalität und Hegemonie(selbst)kritik. In W. Gippert, P. Götte, & E. Kleinau (Hrsg.), *Transkulturalität - Gender- und bildungshistorische Perspektiven* (pp. 27-43). Transcript.
- Döring, O. (2019). Erkennung und Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen: Einstieg in eine breite Nutzung fragmentierter Beschäftigungsfähigkeit. In J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, & K. Beck (Hrsg.), *Beruf, Beruflichkeit, Employability* (pp. 137-159). Wbv.
- Erpenbeck, J., & Sauer, J. (2000). Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm "Lernkultur Kompetenzentwicklung." In *Arbeitsgemeinschaft-Qualifikations- und Entwicklungsmanagement* (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen* (pp. 289-335). Waxmann.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.
- Flanagan, J. C., Gosnell, D., & Fivars, G. (1963). Evaluating student performance. *The American Journal of Nursing*, 63(11), 96-99.
- Forster, E. (2014). Reflexivität. In C. Wulf & J. Zirfas (Hrsg.), *Handbuch Pädagogische Anthropologie* (pp. 589-597). Springer.
- Gadamer, H.-G. (1972). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr.
- Geier, T. (2016). Reflexivität und Fallarbeit. In A. Doğmuş, Y. Karakaşoğlu, & P. Mecheril (Hrsg.), *Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft*. Springer Journal. https://doi.org/10.1007/978-3-65807296-4_10

- Gogolin, I. (2019). Lernende mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem und ihre Förderung. *Journal for Educational Research Online*, 11(1), 74–91. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-16788>
- Grewal, I., & Kaplan, C. (Eds.). (1994). *Scattered hegemonies: Postmodernity and transnational feminist practices*. University of Minnesota Press.
- Hansen, K. (2000). *Kultur und Kulturwissenschaft*. Francke.
- Heringer, H. J. (2004). *Interkulturelle Kommunikation*. UTB.
- Hinz, A. (2015). Inklusion – mehr als nur ein neues Wort?! In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Inklusion* (pp. 286–291). Campus.
- Knapp, G. A. (2008). Achsen der Differenz — Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik. In S. M. Wilz (Hrsg.), *Geschlechterdifferenzen — Geschlechterdifferenzierungen* (pp. 291–322). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90831-1_10
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Boni & Liveright.
- Kürsat-Ahlers, E. (2000). Migration-Frauen-Gesundheit. In M. David, Th. Borde, & H. Ken-tenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit* (pp. 45–56). Mabuse.
- Malinowski, B. (1932). *Argonauts of the Western Pacific* <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/argonauts-of-the-western-pacific.pdf>
- Marchwacka, M. A. (2013). Zu Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (pp. 301–326). Springer.
- Marchwacka, M. A. (2021). Interkulturelles Lernen als inhärenter Teil der Gesundheits- und Pflegebildung. In F. Darmann Fink & K. H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_23-1
- Moosmüller, A. (Hrsg.) (2020). *Interkulturelle Kompetenz. Kritische Perspektiven*. Waxmann.
- Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). *Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen*.
- Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Appl Nurs Res*. 2019 Apr;46:57–66. doi: 10.1016/j.apnr.2019.02.008. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30853077. Statistisches Bundesamt. Migrationshintergrund. (2023). *Migration und Integration: Bevölkerung mit*
- Toprak, A., & Weitzel, G. (2017). *Deutschland das Einwanderungsland*. Springer Walter, A., Dütthorn, N., Brühe, R., Marchwacka, M. A., & von Gahlen Hoops, W. (2022). Ein digitales hochschulübergreifendes Projekt zur Fallarbeit. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Handbuch Pflege* (S. 236–244). Hogrefe.
- Wagner, M. H., & Sauter, W. (2017). Interkulturelle Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit und im Netz. In J. Erpenbeck & W. Sauter (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz – Bausteine einer neuen Lernwelt* (S. 507–522). Schäffer-Poeschel

Reflexión final: la competencia reflexiva como realización del modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

El capítulo escrito por Maria Anna Marchwacka presenta una implementación coherente y profunda del **modelo EMPOWER**, un enfoque innovador de la educación multicultural en las ciencias de la salud. El modelo EMPOWER hace hincapié en el desarrollo de competencias culturales reflexivas, la humildad cultural, el bienestar profesional y el uso de recursos educativos que apoyan la sensibilidad cultural. Todos estos elementos están presentes y se desarrollan de manera coherente a lo largo del capítulo.

En primer lugar, el capítulo destaca la importancia de **la competencia reflexiva**, que se alinea directamente con el núcleo del modelo EMPOWER: cultivar la humildad cultural a través de **la autoconciencia**, **el cambio de perspectiva** y **el análisis de los propios sesgos**. El autor presenta la competencia intercultural no como una recopilación de datos sobre otras culturas, sino como un proceso dinámico y multidimensional de aprendizaje y autorreflexión, que se corresponde directamente con el pilar EMPOWER del crecimiento a través de herramientas educativas reflexivas y la motivación intrínseca.

El modelo EMPOWER también promueve **la profesionalidad** y **el bienestar** como componentes esenciales de **una educación intercultural** eficaz. En el capítulo 5.5 se destaca la **necesidad de desarrollar habilidades de regulación emocional, empatía y tolerancia a la ambigüedad**, todas ellas fundamentales tanto para el bienestar profesional como para la capacidad de establecer relaciones auténticas con pacientes de diversos orígenes. Esto se ajusta a la visión de EMPOWER de preparar a profesionales capacitados para desenvolverse en un mundo complejo y multicultural, al tiempo que cuidan de sus propios recursos psicológicos y físicos.

Además, el enfoque de **la interseccionalidad** y **las relaciones de poder** desarrollado en el capítulo refleja eficazmente la dimensión de humildad cultural promovida por EMPOWER. Tanto el autor del capítulo como los creadores del modelo rechazan el esencialismo cultural en favor del contexto, la fluidez y la co-construcción del significado en las relaciones humanas.

Por último, el capítulo presenta **métodos de enseñanza específicos** (por ejemplo, la técnica de incidentes críticos) que se alinean perfectamente con la aplicación práctica del conocimiento y las vías de aprendizaje personalizadas que son fundamentales en el modelo EMPOWER.

En conclusión, el capítulo «Competencia intercultural: cambio de perspectiva y competencia reflexiva» no solo cumple los supuestos del modelo EMPOWER, sino que sirve como una extensión práctica de los mismos. Demuestra que la educación multicultural eficaz es un proceso continuo de aprendizaje, autoconciencia y acción dentro de un entorno que fomenta el bienestar, la responsabilidad y el diálogo, tal y como prevé el marco EMPOWER.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Capítulo 6

Refugiados, migración y salud

**ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU**

Universidad Tecnológica de Chipre (Chipre)



Los refugiados y los migrantes se enfrentan a retos sanitarios únicos que a menudo se ven agravados por las barreras lingüísticas, las diferencias culturales, las limitaciones económicas y los problemas de salud mental. Estas poblaciones corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental.

Para hacer frente a estos retos, se necesitan servicios sanitarios que tengan en cuenta las diferencias culturales, reformas políticas y un apoyo específico en materia de salud mental, con el fin de garantizar que los refugiados y los migrantes reciban la atención que necesitan para su bienestar físico y psicológico.

6.1. Introducción

La migración, ya sea voluntaria u obligada, es un fenómeno mundial significativo. El movimiento de personas a través de las fronteras no solo afecta a las personas involucradas, sino también a los países que abandonan y a los que los reciben. La migración plantea retos únicos, especialmente en lo que respecta a la salud. Los refugiados, los solicitantes de asilo y los migrantes a menudo se enfrentan a riesgos sanitarios y barreras para acceder a la atención médica que pueden afectar a su bienestar general. Comprender y abordar estas necesidades es esencial para lograr la equidad sanitaria mundial y mejorar los resultados sanitarios de estas poblaciones. En este capítulo se examina la intersección entre la migración, la salud de los refugiados y las necesidades de las comunidades transculturales, centrándose en los retos a los que se enfrentan para acceder a la atención sanitaria y en las estrategias culturalmente sensibles necesarias para mejorar sus resultados sanitarios (Jarvis y Kirmayer, 2023).

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- **Explorar la migración y la salud:** Analizar cómo la migración afecta a la salud física y mental de las personas y las poblaciones.
- **Definición de conceptos clave:** aclarar términos como migración, refugiados, salud transcultural y salud global.
- **Identificar los retos sanitarios:** destacar los riesgos y barreras específicos a los que se enfrentan los migrantes y los refugiados para acceder a la atención sanitaria.
- **Enfatizar la competencia:** Defender por una sensible a la cultura para atender necesidades diversas.
- **Promover la equidad y la inclusión:** Apoyar políticas e iniciativas de salud global que reduzcan las disparidades y mejoren los resultados de salud para todos.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- **Comprender la migración y la dinámica de la salud:** Describir los efectos de la migración en la salud y los retos a los que se enfrentan los migrantes y los refugiados.
- **Definir términos clave:** Definir con precisión los conceptos de migración, refugiados, salud transcultural y salud global.
- **Identificar barreras:** Reconocer las barreras sistémicas e individuales que impiden el acceso a la atención sanitaria de los migrantes y refugiados.

- **Aplicar la competencia cultural:** explicar la importancia de la atención culturalmente sensible para mejorar los resultados sanitarios de las comunidades transculturales.
- **Defender la equidad:** Debatir estrategias para abordar las disparidades en materia de salud mediante políticas inclusivas e iniciativas de salud global.

Definiciones y términos relevantes

Según la OMS (2021), **la salud mundial** se centra en la salud de las poblaciones de todos los países y hace hincapié en las interconexiones de la salud más allá de las fronteras. Aborda las disparidades en materia de salud y trabaja para mejorar los resultados sanitarios en todo el mundo.

La migración se refiere al movimiento de personas de un lugar a otro, normalmente a través de fronteras políticas o geográficas, con la intención de establecerse temporal o permanentemente en un nuevo lugar. Puede ser voluntaria o forzada y puede afectar a individuos o grupos que buscan mejores oportunidades, seguridad o escapar de condiciones adversas, como conflictos, dificultades económicas o desastres medioambientales (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

ACNUR, la Agencia de la ONU para los Refugiados (2023) define a **un refugiado** como una persona que se ha visto obligada a huir de su país de origen debido a un temor fundado de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas. Los refugiados no pueden o no quieren regresar a su país de origen debido a la amenaza que pesa sobre su seguridad y, a menudo, se les concede protección internacional en los países de acogida.

La salud transcultural se refiere a las necesidades y retos sanitarios de las personas y comunidades de diversos orígenes culturales. Hace hincapié en la importancia de comprender las diferencias culturales en las prácticas, creencias y necesidades sanitarias a la hora de prestar servicios de atención médica (Spector, 2016).

Las comunidades transculturales están formadas por personas de diversos orígenes culturales que comparten experiencias comunes, como la migración o la residencia en entornos multiculturales. Las necesidades sanitarias de estas comunidades se ven influidas por sus distintos contextos culturales, que determinan sus comportamientos en materia de salud y las dificultades a las que se enfrentan para acceder a la atención sanitaria (Spector, 2016).

6.2. El impacto de la migración en la salud

La migración influye en la salud de las personas de varias maneras. Los migrantes pueden enfrentarse a riesgos inmediatos para la salud durante su viaje, como la exposición a enfermedades infecciosas, lesiones físicas y traumas. Los refugiados, en particular, suelen estar expuestos a condiciones de extrema vulnerabilidad, como campamentos de refugiados superpoblados, condiciones sanitarias defi-

cientes y acceso limitado a la atención sanitaria. Estos factores afectan significativamente a su salud física y mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Los refugiados y los migrantes suelen tener necesidades sanitarias específicas que difieren de las de la población de acogida, por lo que requieren una atención eficaz y sensible a las diferencias culturales. Esta atención debe abordar los problemas de salud física y mental derivados de la experiencia migratoria. Además, los refugiados y los migrantes pueden encontrar importantes obstáculos para acceder a la atención sanitaria, como las diferencias lingüísticas y culturales, los conocimientos limitados en materia de salud, las experiencias de discriminación y el acceso restringido a los servicios sanitarios generales. Estos retos pueden influir en sus interacciones con el sistema y el personal sanitario del país de acogida, lo que pone de relieve la necesidad de adoptar enfoques sanitarios adaptados e inclusivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Al llegar a los países de acogida, los refugiados y los migrantes pueden enfrentarse a diversos problemas de salud, entre ellos enfermedades crónicas no tratadas, enfermedades infecciosas y problemas de salud mental, como ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Estos problemas de salud se ven agravados por las barreras que impiden el acceso a la atención sanitaria, como las diferencias lingüísticas y culturales, los recursos económicos limitados y el desconocimiento del sistema sanitario (Kirmayer et al., 2011).



6.3. Barreras sanitarias para los migrantes y los refugiados

Idioma

Uno de los principales retos a los que se enfrentan los refugiados y los migrantes cuando buscan asistencia sanitaria es el idioma. El dominio limitado del idioma del país de acogida puede dificultarles la comunicación de sus problemas de salud, la comprensión de los consejos médicos y la orientación en el sistema sanitario. Esto puede dar lugar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y malos resultados sanitarios (González, 2022).

Alfabetización sanitaria

Además, muchos migrantes y refugiados tienen bajos niveles de alfabetización sanitaria, lo que complica aún más su capacidad para acceder a los servicios de salud. La alfabetización sanitaria abarca la capacidad de comprender la información sanitaria, seguir las instrucciones médicas y tomar decisiones informadas sobre la salud. La baja alfabetización sanitaria puede ser el resultado de una educación limitada, la falta de exposición a los sistemas de salud o las diferencias culturales en la comprensión de los conceptos de salud (Nutbeam, 2008).

Se prevé que la migración mundial siga aumentando a medida que el cambio climático, los conflictos y las disparidades económicas sigan afectando a la vida de las personas.

(Jarvis y Kirmayer, 2023)

Diferencias culturales

Las diferencias culturales desempeñan un papel importante en el acceso y la prestación de la atención sanitaria. Muchos refugiados y migrantes proceden de entornos culturales diversos, con creencias, prácticas y actitudes diferentes hacia la salud y la enfermedad. Los profesionales sanitarios que desconocen estas diferencias o son insensibles a ellas pueden, sin querer, causar incomodidad, desconfianza o rechazo a la atención (Vissandjée et al., 2017).

Discriminación

Además, los migrantes y los refugiados pueden sufrir discriminación dentro del sistema sanitario debido a su origen étnico, su situación migratoria o su posición socioeconómica. La discriminación puede agravar los problemas de salud mental, disuadir a las personas de buscar atención y contribuir a un sentimiento general de alienación y desconfianza hacia los profesionales sanitarios (Jarvis y Kirmayer, 2023).

En muchos países de acogida, los refugiados y los migrantes pueden tener un acceso restringido a la atención sanitaria debido a su situación migratoria. Incluso si los servicios de salud están disponibles, las limitaciones económicas, como la imposibilidad de pagar un seguro o los gastos de bolsillo, pueden impedirles re-

Los refugiados, ya sean desplazados internos o forzados a abandonar sus países de origen, superan actualmente los 100 millones en todo el mundo (ACNUR, 2022).

cibir atención oportuna. Estas barreras suelen dar lugar a afecciones médicas no tratadas, que pueden empeorar con el tiempo (OMS, 2021).

Salud

La salud mental es un tema crítico, pero a menudo ignorado, entre las poblaciones de refugiados y migrantes. Las experiencias traumáticas de huir de la guerra, la persecución o las dificultades económicas, seguidas del estrés que supone el reasentamiento en un nuevo país, pueden tener graves consecuencias para la salud mental. Los refugiados son especialmente vulnerables al trastorno por estrés postraumático, la depresión y la ansiedad debido al trauma que han sufrido durante el desplazamiento y a los retos que supone adaptarse a un nuevo entorno (Kirmayer et al., 2011).

6.4. Integración de la salud global, la migración, los refugiados y las necesidades transculturales

Los temas de la salud mundial, la migración, la salud de los refugiados y las comunidades transculturales están profundamente interrelacionados. Los migrantes y los refugiados suelen soportar la carga de las desigualdades en materia de salud, que se ven agravadas por problemas sistémicos como la insuficiencia de las infraestructuras sanitarias y la discriminación social. Para hacer frente a estos retos, es esencial adoptar un enfoque holístico que reconozca la interacción entre los resultados sanitarios individuales y los factores sociopolíticos y económicos más amplios (OMS, 2021).

Esta integración implica fortalecer los sistemas de salud para que sean inclusivos con las diversas poblaciones, promover políticas que protejan los derechos de los migrantes y los refugiados, y fomentar la competencia cultural en la atención sanitaria. La colaboración internacional y la inversión en iniciativas de salud mundial son fundamentales para construir sistemas de salud resilientes que puedan responder a las necesidades de todos, independientemente de su origen o condición. Al adoptar estos principios, la comunidad sanitaria mundial puede acercarse al logro de la equidad en salud para todos (OIM, 2023; Spector, 2016).

Los retos sanitarios a los que se enfrentan los migrantes, los refugiados y las comunidades transculturales son un microcosmos de los problemas sanitarios mundiales más amplios, que reflejan disparidades que requieren atención inmediata y medidas sostenidas. Para hacer frente a estos retos se necesitan políticas inclusivas, una atención sanitaria culturalmente competente y la cooperación internacional. Al dar prioridad a la equidad y aprovechar las fortalezas de las diversas poblaciones, la comunidad mundial puede trabajar en pro de un mundo más saludable e inclusivo.

Referencias

González, A. (2022). Barreras lingüísticas en el ámbito sanitario: atención a las necesidades de las comunidades migrantes. *Journal of Global Health*, 9(2), 214-221.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2023). Migración. Organización Internacional para las Migraciones. <https://www.iom.int/migration>

Jarvis, G. E. y Kirmayer, L. J. (2023). Migración global: retos morales, políticos y de salud mental. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 5-12. <https://doi.org/10.1177/13634615231162282>

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M. y Pottie, K. (2011). Atención de la salud mental para inmigrantes y refugiados: una perspectiva cultural. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, <https://doi.org/10.1177/0020764010390715>

Nutbeam, D. (2008). El concepto evolutivo de la alfabetización en salud. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Spector, R. E. (2016). *Diversidad cultural en la salud y la enfermedad* (9ª ed.). Pearson Education.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2023). Refugiados. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. <https://www.unhcr.org/refugees>

Vissandjée, B., Simich, L. y Allotey, P. (2017). Competencia cultural en la atención sanitaria: una revisión bibliográfica. *BMC Health Services Research*, 17(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-6>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mundial. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/health-topics/global-health>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud de los refugiados y los migrantes: Normas mundiales de competencia para los trabajadores sanitarios. Organización Mundial de la Salud. n. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346743>

Reflexión final: Conectando la migración y la salud con el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo destaca cómo las complejas realidades de los refugiados y los migrantes se entrecruzan directamente con los objetivos del modelo **EMPOWER**, especialmente en términos de **multiculturalismo, eficacia y bienestar**. Hace hincapié en la importancia de **una atención culturalmente sensible y basada en el trauma**, en consonancia con el llamamiento de EMPOWER a favor de prácticas que respeten la diversidad y empoderen a los pacientes como participantes activos en su propia atención.

Al abordar barreras sistémicas como el idioma, la alfabetización sanitaria y la discriminación, el capítulo respalda el enfoque de EMPOWER en **la eliminación de la desigualdad y la promoción de una atención inclusiva y centrada en el paciente**. El énfasis en la salud mental y los retos estructurales también se hace eco del compromiso del modelo con **el bienestar**, abogando por una atención que aborde tanto las necesidades físicas como las psicológicas.

Además, a través de su defensa de políticas inclusivas y la colaboración internacional, el capítulo se alinea con la visión de EMPOWER sobre **la responsabilidad profesional global** y el imperativo ético de atender a todos los pacientes con dignidad y competencia, independientemente de su origen, estatus o identidad.

En resumen, este capítulo refuerza la misión del modelo EMPOWER al demostrar que la atención transcultural no es opcional, sino esencial para prestar una asistencia sanitaria ética, eficaz y compasiva en un mundo globalizado.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Capítulo 7

El impacto del cambio climático y la pandemia en la salud mundial

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU

Universidad Tecnológica de Chipre (Chipre)

“

Las pandemias y el cambio climático son crisis interconectadas que amenazan el desarrollo mundial. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las vulnerabilidades de los sistemas sanitarios y las economías, mientras que el cambio climático agrava problemas como la inseguridad alimentaria, los desplazamientos y las desigualdades en materia de salud. Para hacer frente a estos retos se necesitan soluciones integradas y sostenibles que garanticen la resiliencia, la equidad y el progreso a largo plazo.

7.1. Introducción

La salud global es una disciplina multifacética que aborda la salud de las poblaciones más allá de las fronteras, haciendo hincapié en la equidad, la colaboración y la interconexión de los determinantes de la salud. Los retos que plantean el cambio climático y las pandemias han intensificado la crisis sanitaria mundial, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, incluidas las comunidades transculturales. Estas comunidades, a menudo moldeadas por la migración y la diversidad cultural, se enfrentan a necesidades sanitarias únicas que exigen respuestas adaptadas y sensibles a las diferencias culturales. En este capítulo se explora la intersección entre la salud mundial, el cambio climático, las pandemias y las necesidades sanitarias de las comunidades transculturales, centrándose en estrategias para construir sistemas sanitarios equitativos y resilientes.



Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- **Explorar el impacto de las crisis mundiales:** examinar cómo las pandemias y el cambio climático afectan a la salud mundial, con especial atención a las poblaciones vulnerables.
- **Analizar las vulnerabilidades:** Identificar los riesgos para la salud y las barreras sistémicas a las que se enfrentan las comunidades transculturales, los migrantes y los refugiados durante las crisis sanitarias mundiales.
- **Destacar las interconexiones:** Comprender la naturaleza interconectada de la salud mundial, el cambio climático y las pandemias en la configuración de los resultados sanitarios.

- **Promover sistemas de salud resilientes:** Abogar por políticas y estrategias que fortalezcan los sistemas de salud para que sean inclusivos, culturalmente sensibles y resilientes a los retos futuros.
- **Apoyo a la colaboración mundial:** hacer hincapié en el papel de la cooperación internacional para abordar las desigualdades en materia de salud y mitigar el impacto del cambio climático y las pandemias.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- **Comprender conceptos clave:** definir y explicar las pandemias, el cambio climático y su relevancia para la salud mundial.
- **Reconocer los retos sanitarios:** identificar los retos sanitarios únicos a los que se enfrentan las comunidades transculturales durante las crisis mundiales.
- **Analizar sistemas:** evaluar las vulnerabilidades de los sistemas sanitarios expuestos a las pandemias y al cambio climático.
- **Aplicar estrategias:** recomendar enfoques culturalmente sensibles e inclusivos para mitigar las disparidades en materia de salud y mejorar la resiliencia.
- **Abogar por el cambio:** Debatir la importancia de la colaboración mundial y las políticas centradas en la equidad para abordar eficazmente las crisis climáticas y sanitarias.

Definiciones y términos relevantes

Una **pandemia** es un brote de una enfermedad infecciosa que se produce a escala mundial, traspasando las fronteras internacionales y afectando a un gran número de personas. A diferencia de las epidemias localizadas, las pandemias implican una transmisión generalizada, lo que a menudo da lugar a importantes retos sociales, económicos y de salud pública (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2022).

El cambio climático se refiere a los cambios a largo plazo en las temperaturas y los patrones climáticos, causados principalmente por actividades humanas, como la quema de combustibles fósiles y la deforestación. Estos cambios tienen un impacto significativo en la salud humana, ya que exacerban los problemas de salud existentes y crean nuevos desafíos. Por ejemplo, el cambio climático aumenta la frecuencia de los fenómenos meteorológicos extremos, empeora la calidad del aire, propaga enfermedades infecciosas y afecta a la seguridad alimentaria y del agua, lo que repercute de manera desproporcionada en las poblaciones vulnerables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a).

7.2. Las pandemias y su impacto global

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las vulnerabilidades de los sistemas sanitarios mundiales y ha destacado la importancia fundamental de la preparación, la respuesta equitativa y la resiliencia ante las pandemias. Ha puesto de

manifiesto la fragilidad de las infraestructuras sanitarias, especialmente en las comunidades marginadas, como los migrantes, los refugiados y las poblaciones transculturales, que a menudo carecen de acceso a sistemas de atención sanitaria y apoyo social adecuados (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2023). Estos grupos son especialmente vulnerables debido a las barreras lingüísticas, las diferencias culturales y, en ocasiones, las prácticas sanitarias discriminatorias. Como resultado, se enfrentan a importantes retos para acceder a las medidas de prevención y tratamiento durante las crisis sanitarias. Las lecciones aprendidas de la COVID-19, junto con pandemias anteriores como el SARS, el ébola y la epidemia de gripe de 1918, ponen de relieve la necesidad de contar con una infraestructura de salud pública sólida, una comunicación oportuna y una distribución equitativa de las vacunas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021b). Las estrategias de respuesta eficaces deben dar prioridad a estas poblaciones vulnerables mediante la aplicación de programas de divulgación adaptados a la cultura y políticas sanitarias inclusivas que garanticen el apoyo a todas las comunidades durante las pandemias.

Históricamente, las pandemias han enseñado valiosas lecciones que sirven de base para las estrategias sanitarias mundiales actuales. La pandemia de gripe de 1918 demostró la importancia de las intervenciones no farmacéuticas, como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y la cuarentena, que siguen siendo relevantes en la gestión de las enfermedades infecciosas en la actualidad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2022). La pandemia del VIH/sida puso de relieve la necesidad de una financiación mundial sostenida y la reducción del estigma (desestigmatización) de las poblaciones afectadas, señalando la necesidad de esfuerzos multisectoriales a largo plazo para abordar tanto los aspectos médicos como los sociales de las crisis sanitarias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021b). Los brotes de SARS y ébola reforzaron la importancia de la detección rápida de enfermedades, las estrategias de contención y la colaboración internacional para prevenir la propagación de enfermedades a través de las fronteras. Estas lecciones siguen dando forma a los enfoques modernos de salud pública y enfatizan la necesidad de la preparación a todos los niveles.

Durante la pandemia de COVID-19, algunos grupos étnicos se enfrentaron a mayores niveles de xenofobia y violencia.

Las pandemias no solo amenazan la salud humana, sino que también perturban las economías a gran escala. Los confinamientos, las restricciones de viaje y las medidas de cuarentena, aunque son esenciales para controlar la propagación de la enfermedad, suelen tener graves consecuencias económicas. Sectores como el turismo, el transporte y la hostelería son los más afectados, lo que provoca un desempleo generalizado y el cierre de empresas. Los países de bajos ingresos y los trabajadores vulnerables, que carecen de redes de seguridad financiera o de acceso a ayudas gubernamentales, son los más afectados por estas perturbaciones

económicas (OIM, 2023). La pandemia de COVID-19 ha agravado las desigualdades existentes, y las comunidades y los países más pobres se enfrentan a consecuencias sanitarias y económicas más graves que los más ricos.

Además del impacto económico, la pandemia de COVID-19 también provocó un aumento de la xenofobia, el racismo y la violencia, especialmente contra los grupos étnicos y migrantes. Ciertas comunidades, que ya estaban marginadas antes de la pandemia, se enfrentaron a mayores niveles de discriminación a medida que se propagaban la desinformación y el miedo en torno al virus. Esta división social creó una barrera para la eficacia de las medidas de salud pública, ya que la confianza en el gobierno y los sistemas de salud se erosionó en estas comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021b). Por lo tanto, abordar los determinantes sociales de la salud, incluidos el racismo y la xenofobia, es fundamental para la preparación y la respuesta ante una pandemia.

Para combatir eficazmente las futuras pandemias y mitigar su impacto en la salud mundial, es esencial adoptar un enfoque que integre una infraestructura sanitaria sólida, la colaboración mundial y la equidad social. Aprendiendo de las pandemias del pasado y abordando las vulnerabilidades sistémicas, podemos crear sistemas de salud mundiales más inclusivos y resilientes que estén mejor preparados para futuras crisis sanitarias (OIM, 2023).



7.3. El cambio climático como amenaza para la salud mundial

El cambio climático se reconoce cada vez más como una de las amenazas más importantes para la salud mundial. El aumento de las temperaturas, los fenómenos meteorológicos extremos y la degradación del medio ambiente tienen repercusiones directas e indirectas en la salud humana. Los desastres relacionados con el clima, como los huracanes, las inundaciones y las sequías, agravan la malnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores y los problemas de salud mental (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [IPCC], 2022).

Las poblaciones vulnerables, incluidas las comunidades transculturales y los migrantes, suelen ser las más afectadas por estos efectos. Por ejemplo, la migración provocada por el clima obliga a millones de personas a trasladarse, a menudo a zonas con infraestructuras sanitarias insuficientes. Entre las medidas para mitigar estos efectos figuran el fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes al clima, la implantación de sistemas de alerta temprana para los riesgos sanitarios relacionados con el clima y la promoción de políticas de desarrollo sostenible (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a).

La interacción entre el cambio climático y la salud mundial se extiende al aumento de la carga que suponen las enfermedades no transmisibles (ENT). El aumento de las temperaturas y el empeoramiento de la calidad del aire contribuyen a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a). La exposición prolongada al calor también puede agravar enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades renales. Además, el estrés causado por los desplazamientos relacionados con el clima y la degradación del medio ambiente se ha relacionado con un aumento de la ansiedad, la depresión y otros trastornos de salud mental (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [IPCC], 2022). Estos retos requieren un enfoque holístico que integre la adaptación al clima y la mitigación en las estrategias de salud pública.

Otra dimensión crítica es el impacto del cambio climático en la seguridad alimentaria y del agua. Los patrones climáticos erráticos y las sequías prolongadas perturban la productividad agrícola, lo que provoca escasez de alimentos y desnutrición, especialmente en las regiones de bajos ingresos. Además, las inundaciones y el aumento del nivel del mar contaminan los suministros de agua dulce, lo que aumenta la prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera y la fiebre tifoidea. Abordar estas cuestiones requiere la colaboración mundial para garantizar el acceso equitativo a alimentos nutritivos y agua limpia, al tiempo que

Las intersecciones entre la salud mundial, el cambio climático, las pandemias y las necesidades sanitarias de poblaciones culturalmente diversas exigen un enfoque integrado y holístico. El fortalecimiento de los sistemas de salud implica invertir en infraestructuras, mejorar el acceso a la atención sanitaria y fomentar la cooperación internacional.

se promueven prácticas agrícolas sostenibles (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021).

La adopción de medidas eficaces contra el cambio climático y sus repercusiones en la salud depende de una gobernanza mundial sólida. Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las entidades no gubernamentales deben colaborar para aplicar políticas que den prioridad a la equidad en la salud y la sostenibilidad ambiental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a). Son esenciales las inversiones en energías renovables, infraestructuras ecológicas y campañas educativas para sensibilizar a la población sobre la relación entre el clima y la salud. Además, el fomento de las alianzas intersectoriales entre los sectores sanitario, medioambiental y económico garantizará que las soluciones sean sostenibles e inclusivas (PNUMA, 2022).

Por último, la participación de la comunidad desempeña un papel fundamental en la lucha contra los efectos del cambio climático en la salud. El empoderamiento de las comunidades locales mediante la educación, los recursos y la participación en la toma de decisiones garantiza que las intervenciones sean culturalmente adecuadas y eficaces (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021). Los esfuerzos de base, combinados con iniciativas de arriba abajo, crean un enfoque integral para abordar los retos multifacéticos que plantea el cambio climático.

Al reconocer la interconexión entre el cambio climático y la salud mundial, la comunidad internacional puede adoptar medidas proactivas para mitigar estos impactos. El fortalecimiento de los sistemas de salud, la promoción del desarrollo sostenible y el fomento de la resiliencia serán fundamentales para salvaguardar la salud humana en una era de cambios ambientales sin precedentes (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [IPCC], 2022).

7.4. Conclusiones

La interconexión entre la salud mundial, el cambio climático y las pandemias plantea retos complejos que requieren una acción urgente y coordinada. Las comunidades vulnerables, incluidos los migrantes, los refugiados y las poblaciones internacionales, se ven afectadas de manera desproporcionada por estas crisis, lo que pone de relieve la necesidad de contar con sistemas de salud inclusivos y culturalmente competentes. Al adoptar políticas que aborden estas cuestiones tanto a nivel mundial como local, la comunidad sanitaria mundial puede trabajar para construir sistemas de salud más resilientes y equitativos, garantizando que todas las personas tengan acceso a la atención y los recursos que necesitan para prosperar (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [IPCC], 2022).

Referencias

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2021). Efectos del clima en la salud. <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2022). Pandemias: preparación y respuesta. Obtenido de <https://www.cdc.gov>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2023). Migración. Organización Internacional para las Migraciones. <https://www.iom.int/migration>
- Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC). (2022). Cambio climático y salud. Obtenido de <https://www.ipcc.ch>
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). (2022). Perspectivas del medio ambiente mundial 2022: Una hoja de ruta para la acción climática. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. <https://doi.org/10.18356/9789280734519>
- ACNUR. (2022). Buscador de datos sobre refugiados. ACNUR: Agencia de la ONU para los Refugiados. Consultado el 5 de enero de 2023, en <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021a). Cambio climático y salud. Consultado en <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021b). Salud mundial. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/health-topics/global-health>

Reflexión final: La relación entre las crisis sanitarias mundiales y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo ilustra cómo el **cambio climático** y la **pandemia de COVID-19** han puesto de manifiesto y agravado las desigualdades sanitarias existentes, que afectan de manera desproporcionada a **las comunidades transculturales, los migrantes y los refugiados**. Por lo tanto, su contenido respalda directamente los valores fundamentales del **modelo EMPOWER**, especialmente en las áreas de eficacia, multiculturalismo, bienestar y recursos educativos.

Al destacar la necesidad de **sistemas de salud resilientes, políticas sanitarias equitativas y respuestas sensibles a las diferencias culturales**, el capítulo subraya la importancia de la competencia cultural a la hora de abordar las amenazas mundiales. Atender las necesidades psicológicas, lingüísticas y sociales de los pacientes en tiempos de crisis es un ejemplo de **la atención centrada en la persona**, un principio clave de EMPOWER.

El capítulo también refuerza el llamamiento de EMPOWER a **la colaboración internacional y la educación sanitaria**, subrayando que las estrategias sistémicas e inclusivas son esenciales para hacer frente a las pandemias y los riesgos sanitarios relacionados con el clima.

En resumen, el capítulo muestra que **la resiliencia y la equidad en la atención sanitaria** solo pueden lograrse mediante la integración de la diversidad cultural, una idea que constituye el núcleo del modelo EMPOWER.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



Capítulo 8

Envejecimiento de la población

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU

Universidad Tecnológica de Chipre (Chipre)

“

Los profesionales de la salud deben comprender el contexto global de la atención sanitaria para proporcionar una atención centrada en la persona, culturalmente competente y éticamente sólida (Malhotra, 2023; Leininger y McFarland, 2002).

Para 2050, se prevé que la población mundial de 65 años o más se duplique hasta alcanzar los 1500 millones de personas, lo que representará el 16 % de la población total. Si bien los avances en la atención sanitaria y las condiciones de vida han aumentado la esperanza de vida saludable y han impulsado el crecimiento de la «economía plateada», persisten retos como el aumento de la fragilidad, las enfermedades crónicas y las desigualdades en materia de salud entre las personas mayores, lo que plantea importantes preocupaciones en materia de equidad sanitaria (Padeiro et al., 2023).

8.1. Introducción

El envejecimiento de la población es una tendencia mundial impulsada por la disminución de las tasas de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida. La esperanza de vida ha aumentado en 25 años desde 1950, y se espera que las personas que alcanzan los 65 años vivan ahora 16,8 años más. Para 2030, el número de personas mayores superará al de jóvenes y duplicará el número de niños menores de cinco años, y el crecimiento más rápido se producirá en los países en desarrollo. Este cambio demográfico está teniendo un impacto significativo en las necesidades de cuidados, con un aumento de la demanda tanto de cuidados formales como informales. La creciente necesidad de servicios de atención sanitaria, cuidados y apoyo social exige ampliar la formación en geriatría y gerontología de los profesionales de la salud y los servicios sociales (Día Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas [UNIDOP], 2024).

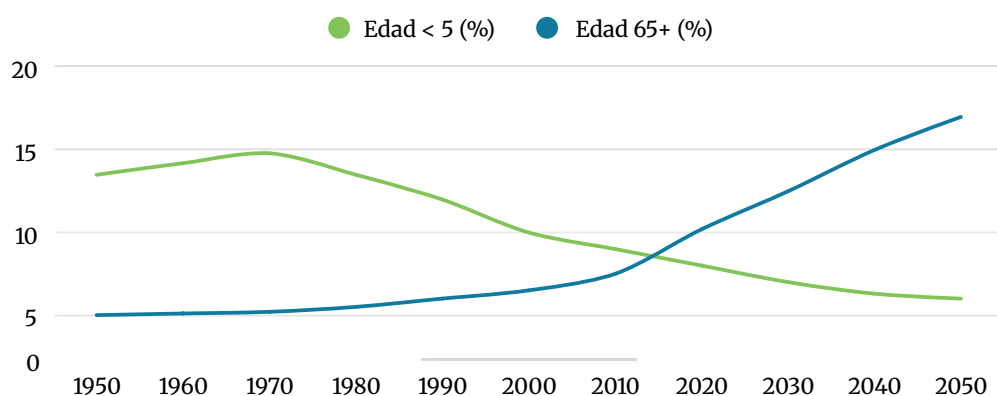


Gráfico 1. Porcentaje de niños pequeños y personas mayores en la población mundial: 1950-2050 (Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial: revisión de 2010).

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- Mejorar la comprensión de las tendencias mundiales del envejecimiento y sus implicaciones para la atención sanitaria.
- Promover la competencia cultural para abordar las necesidades únicas de las poblaciones envejecidas culturalmente diversas.
- Dotar a los estudiantes de estrategias para mejorar los resultados sanitarios y la equidad en las diversas comunidades de personas mayores.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Explicar las tendencias mundiales del envejecimiento y su impacto en los sistemas de salud.

- Identificar los retos comunes a las que se enfrentan las comunidades multi-culturales de edad avanzada.
- Aplicar los principios de la competencia cultural en situaciones clínicas que involucran a personas mayores.
- Reconocer la legislación y los tratados pertinentes que respaldan la atención equitativa de las poblaciones que envejecen.
- Reflexionar sobre estrategias para equilibrar las responsabilidades profesionales y el bienestar personal en la prestación de cuidados transculturales.

Definiciones y términos relevantes

Envejecimiento: cambios fisiológicos progresivos en un organismo que conducen a la senescencia, o al deterioro de las funciones biológicas y de la capacidad del organismo para adaptarse al estrés metabólico. El envejecimiento comienza tan pronto como se alcanza la edad adulta y forma parte de la vida humana como la infancia, la niñez y la adolescencia. El deterioro fisiológico se produce en todos los sistemas del organismo, lo que disminuye la capacidad del cuerpo para mantener la homeostasis cuando se enfrenta a factores estresantes. Este deterioro a menudo dificulta la diferenciación entre las afecciones patológicas y el proceso normal de envejecimiento. El deterioro funcional multisistémico reduce la capacidad de hacer frente a los factores estresantes, lo que conduce a la descompensación y la fragilidad, que pueden manifestarse como confusión o movilidad reducida. Síntomas como la dificultad para respirar o las caídas suelen tener múltiples factores subyacentes que contribuyen a su aparición (Preston y Biddell, 2021).

Discriminación por razón de edad (edadismo): El Informe Mundial sobre la discriminación por edad, elaborado por la OMS en colaboración con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, define la discriminación por edad como «el trato injusto de las personas que están envejeciendo o que son mayores, los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia los demás



«Edadismo en la atención sanitaria afecta significativamente a la calidad de la atención que reciben las personas mayores. Los estereotipos, como suponer que todos los pacientes mayores son frágiles o tecnológicamente ineptos, pueden dar lugar a un tratamiento inadecuado o despectivo. Las barreras sistémicas, como la falta de instalaciones adaptadas a las personas mayores y la formación limitada en atención geriátrica, agravan estos problemas» (Ayalon, Tesch-Römer, et al., 2018).

o hacia nosotros mismos por motivos de edad». Puede ser institucional, interpersonal o autodirigido. Comienza en la infancia y es una construcción social que afecta a personas de todas las edades. La discriminación por edad tiene graves consecuencias, entre ellas la reducción del bienestar social, la disminución de la calidad de vida, la mala salud mental y física y el aumento del riesgo de muerte prematura» (OMS, 2021).

Envejecimiento cultural: se refiere al proceso de envejecimiento que se produce en el contexto de múltiples antecedentes culturales o que se entrecruzan. Hace hincapié en cómo diversos factores culturales influyen en las percepciones, experiencias y expectativas del envejecimiento. Este concepto reconoce que el envejecimiento no es una experiencia uniforme y que puede verse influido de manera significativa por las normas, los valores y las prácticas culturales (Fernandes, 2023).

Atención transcultural: Proporcionar atención transcultural es una responsabilidad profesional y una obligación moral para los trabajadores sanitarios, tal y como subrayan las organizaciones sanitarias mundiales. La atención sensible a las diferencias culturales mejora el bienestar, la satisfacción y los resultados de salud de los pacientes. Sin embargo, prestar este tipo de atención es complejo, ya que requiere que los enfermeros comprendan las diversas culturas, reflexionen sobre sus propios prejuicios culturales y apliquen intervenciones respetuosas y culturalmente adecuadas. Esta complejidad se ve influida además por factores interpersonales, organizativos y sistémicos, lo que dificulta a los profesionales sanitarios y a los estudiantes orientarse dentro de los sistemas de salud mientras prestan una atención transcultural eficaz (Shahzad et al., 2021).

Principios y valores

Comprender la salud global y el envejecimiento es fundamental para los estudiantes de ciencias de la salud debido a la creciente diversidad de la población de pacientes y al aumento del número de personas mayores en todo el mundo. La integración de los principios de la atención transcultural garantiza la equidad, el respeto por la diversidad cultural y la mejora de los resultados de los pacientes. Los principios y valores de la atención sanitaria competente desde el punto de vista cultural y del envejecimiento hacen hincapié en el respeto, la inclusión y la capacidad de respuesta a las diversas necesidades de las personas mayores. Estos principios tienen por objeto garantizar que los servicios de atención sanitaria sean accesibles, equitativos y eficaces para hacer frente a los retos específicos que

plantea el envejecimiento de la población, en particular las personas de diversos orígenes culturales (Hanefeld et al., 2021; OMS, 2015).

Principios y valores fundamentales:

- Dignidad y respeto: todas las personas, independientemente de su edad, merecen ser tratadas con dignidad, respeto y equidad. Esto incluye respetar la autonomía y los derechos de las personas mayores a tomar decisiones sobre su propio cuidado y su vida.
- Independencia y autonomía: Apoyar a las personas mayores para que mantengan su independencia, su capacidad de tomar decisiones y su capacidad de vivir de acuerdo con sus preferencias y valores.
- Participación social: Las personas mayores deben tener oportunidades de participar plenamente en la sociedad, incluyendo la vida familiar, comunitaria y laboral, para combatir el aislamiento y promover la inclusión.
- Equidad y acceso: Esforzarse por eliminar las desigualdades en la atención sanitaria y garantizar que todos los grupos culturales, incluidos los adultos mayores de entornos marginados o minoritarios, tengan el mismo acceso a una atención sanitaria de calidad.
- Respeto por las diferencias culturales: reconocer que los antecedentes culturales influyen en la forma en que las personas perciben y experimentan la salud y la enfermedad, y respetar esas diferencias en la prestación de la atención (OMS, 2015).

8.2. El envejecimiento de la población como reto mundial

8.2.1. Cambio demográfico

El fenómeno del envejecimiento de la población, a menudo denominado «tsunami plateado», marca un cambio significativo en la historia demográfica. Tradicionalmente, las sociedades eran jóvenes, con los niños constituyendo una gran parte de la población y los ancianos una pequeña minoría. Este patrón era constante en diversas civilizaciones y sistemas religiosos o ideológicos. Sin embargo, en 2020 se produjo un cambio demográfico en el que la población anciana comenzó a superar en número a la joven. Esta tendencia mundial hacia el envejecimiento comenzó en los países industrializados y ahora caracteriza a la mayor parte del mundo (Jakovljevic et al., 2020). Una proyección realista de un futuro con 95 millones de personas mayores debe encontrar un equilibrio, teniendo en cuenta tanto los retos que plantea el cuidado de estas personas como las valiosas contribuciones que pueden aportar (Greenlee, 2020; Longev, 2021).

8.2.2. Envejecimiento y salud

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la vulnerabilidad de la atención geriátrica, revelando una verdad preocupante: los sistemas sanitarios mundiales no están preparados para satisfacer las necesidades de una población que envejece (Longev, 2021).

La OMS ha publicado el informe de referencia para el Decenio para el Envejecimiento Saludable, que ofrece una panorámica de la situación actual en 2020 y de los objetivos que se pretenden alcanzar para 2030. El informe recopila los datos disponibles para medir el envejecimiento saludable, presenta la experiencia de los países que han puesto en marcha con éxito iniciativas en este ámbito y analiza lo que se necesita para promover la colaboración y medir mejor los avances hacia el envejecimiento saludable. En el siguiente vídeo se ofrece una introducción al informe de referencia de la OMS:

<https://youtu.be/Shmemf pkVLQ?si=GI4n1jzB8RopeHYx>

Promover un envejecimiento saludable implica un enfoque holístico que abarca el bienestar físico, mental y social. Las intervenciones tempranas y las elecciones de estilo de vida desempeñan un papel importante en la mitigación del impacto de las enfermedades relacionadas con la edad y en la mejora de la calidad de vida en la vejez (CDC, 2024). Las enfermedades más comunes relacionadas con la edad incluyen los trastornos neurodegenerativos, el cáncer, las afecciones cardiovasculares y los trastornos metabólicos.

8.2.3. Demencia y enfermedad de Alzheimer

El envejecimiento es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas (ADRD). La enfermedad de Alzheimer (EA), el trastorno neurodegenerativo más prevalente a nivel mundial ve aumentar su incidencia con la edad, lo que supone un reto para los sistemas sanitarios y las economías (Li et al., 2021). En 2010, la demencia contribuyó a diez millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) entre los adultos mayores, con un 44 % de la carga en las regiones de ingresos bajos y medios. La demencia implica un deterioro cognitivo progresivo y sus síntomas conductuales y psicológicos afectan significativamente a la calidad de vida, causando tensión y carga a los cuidadores y, a menudo, conduciendo a la institucionalización. La incidencia de la demencia se duplica aproximadamente cada 5,9 años, pasando de 3 por cada 1000 personas-año en la franja de edad de 60 a 64 años a 175 por cada 1000.

años-persona a partir de los 95 años. El diagnóstico precoz es fundamental, ya que permite a los pacientes participar en la planificación de cuidados avanzados mientras aún tienen capacidad para tomar decisiones (Jakovljevic et al., 2020). A pesar de la mejora en el acceso a los servicios sanitarios, siguen existiendo desigualdades en la equidad y la eficiencia de la atención sanitaria y el tratamiento de la demencia.

Promover la concienciación sobre la demencia

Promover la concienciación sobre la demencia es fundamental para mejorar los resultados, reducir el estigma y fomentar entornos inclusivos y de apoyo para las personas que viven con demencia. La concienciación sobre la demencia implica comprender la enfermedad y reconocer los signos, los síntomas y los factores de

riesgo (Asociación de Alzheimer, 2021). El diagnóstico precoz puede mejorar significativamente el tratamiento y la calidad de vida de las personas con demencia (Organización Mundial de la Salud, 2020). Además, promover entornos adaptados a la demencia y reducir el estigma son componentes esenciales de la concienciación sobre la demencia, ya que garantizan la inclusión y el apoyo a las personas afectadas por esta enfermedad (Alzheimer's Disease International, 2021).

Beneficios de la concienciación sobre la demencia:

- Mayor detección y tratamiento tempranos, lo que conduce a un mejor manejo de los síntomas.
- Mejor apoyo a los cuidadores y las familias, reduciendo el estrés, la carga y mejorando la calidad de vida.
- Más comunidades adaptadas a la demencia que fomenten la inclusión, la comprensión y la participación.
- Empoderamiento de las personas con demencia para que sigan activas y participativas en la sociedad.

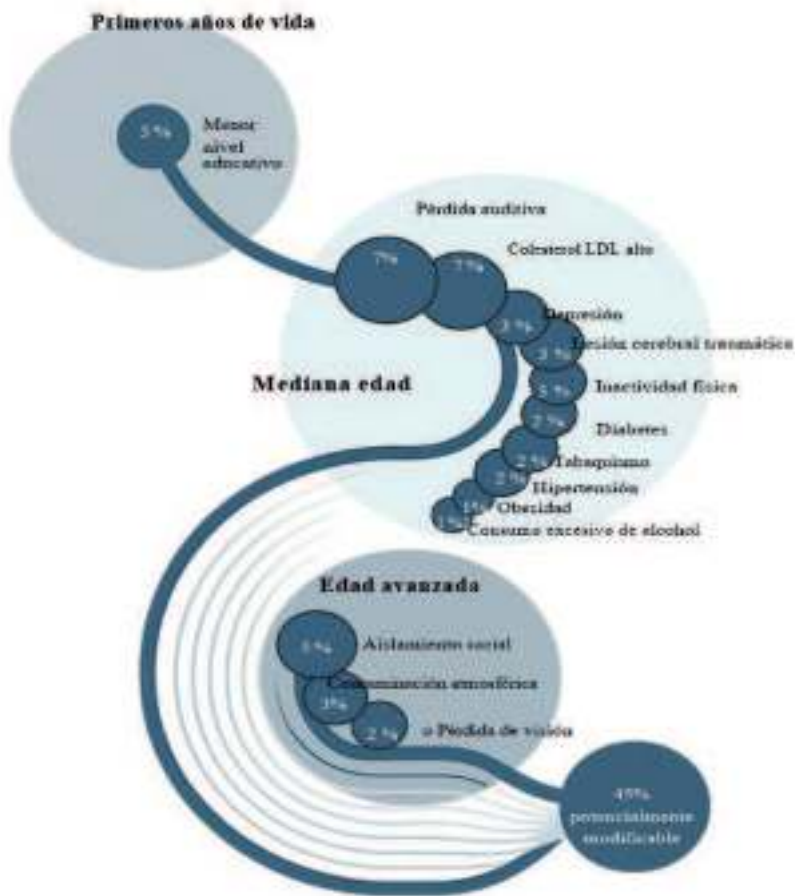


Fig. 11. Modelo del ciclo vital de la contribución de los factores de riesgo modificables a la demencia (Livingston et al., 2024)

Prevención de la demencia.

A medida que la gente vive más tiempo, el número de personas que viven con demencia sigue aumentando, lo que subraya la urgencia de identificar y aplicar estrategias de prevención. Educar al público sobre los factores de riesgo modificables, como la educación, la pérdida auditiva, la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad, la depresión, la inactividad física, la diabetes, el consumo de alcohol, los traumatismos craneoencefálicos, la contaminación atmosférica, el aislamiento social, la pérdida de visión no tratada y el colesterol LDL alto, también puede contribuir a los esfuerzos de prevención y reducir significativamente el riesgo de demencia. (Livingston et al., 2020). El informe de The Lancet sugiere que modificar estos 14 factores de riesgo podría prevenir o retrasar casi la mitad de los casos de demencia. Esto requiere ambiciosos esfuerzos de prevención, que incluyan tanto cambios en las políticas a nivel poblacional como intervenciones individualizadas. La prevención debe dar prioridad a la equidad y centrarse en los grupos de alto riesgo, con intervenciones que comiencen temprano y continúen a lo largo de toda la vida. El informe destaca que el riesgo es modificable independientemente de la predisposición genética (estado genético APOE) y que las intervenciones multicomponentes pueden beneficiar a las personas con riesgo genético alto y bajo (Livingston et al., 2024).

Las recomendaciones específicas incluyen:

- Educación: Garantizar el acceso a una educación de buena calidad y fomentar la estimulación cognitiva en la mediana edad.
- Pérdida auditiva: Facilitar el acceso a audífonos y reducir la exposición a ruidos nocivos.
- Depresión: tratar la depresión de forma eficaz.
- Protección de la cabeza: fomentar el uso de cascos en los deportes de contacto y en el ciclismo.
- Actividad física: promover el ejercicio para reducir el riesgo de demencia.
- Tabaquismo: educar y regular el consumo de tabaco, ofreciendo apoyo para dejar de fumar.
- Hipertensión: Mantener la presión arterial sistólica en 130 mm Hg o menos a partir de los 40 años.
- Colesterol: detectar y tratar el colesterol LDL alto a partir de la mediana edad.
- Control del peso: prevenir y tratar la obesidad de forma precoz para reducir el riesgo de diabetes.
- Diabetes: prevenir y controlar la diabetes.
- Consumo de alcohol: Reducir el consumo excesivo de alcohol mediante el control de los precios y la sensibilización.
- Participación social: Reducir el aislamiento social mediante entornos adaptados a las personas mayores y la participación de la comunidad.
- Pérdida de visión: Proporcionar pruebas de detección y tratamiento accesibles para la pérdida de visión.
- Contaminación atmosférica: Reducir la exposición a contaminantes nocivos (Livingston et al., 2024).

Competencia cultural en la atención a la demencia

La competencia cultural en la atención a la demencia es esencial para proporcionar un apoyo eficaz y respetuoso a personas de diversos orígenes. Implica comprender e integrar las creencias, valores y prácticas culturales de los pacientes en sus planes de atención. Este enfoque mejora la participación y la satisfacción de los pacientes, así como los resultados generales de la atención.

Aspectos clave de la competencia cultural en la atención a la demencia:

- **Comprender las perspectivas culturales:** Reconocer que las creencias culturales influyen significativamente en la forma en que se percibe, diagnostica y gestiona la demencia. Por ejemplo, en algunas culturas, la demencia puede considerarse una parte natural del envejecimiento, lo que provoca retrasos en la búsqueda de intervención médica (Lark et al., 2018).
- **Comunicación:** Es fundamental abordar las barreras lingüísticas y comprender los estilos de comunicación influenciados por la cultura. El uso eficaz de intérpretes y materiales culturalmente apropiados puede mejorar las relaciones entre los pacientes y los proveedores de atención (Alzheimer's Society).
- **Funciones familiares:** En muchas culturas, los familiares son los principales cuidadores de las personas mayores con demencia. Reconocer y respetar estas dinámicas familiares es fundamental para desarrollar planes de cuidados eficaces (Shishira, 2024).
- **Adaptar las intervenciones:** Desarrollar planes de cuidados que respeten las preferencias alimentarias culturales, las tradiciones en el cuidado y las creencias sobre la salud, al tiempo que se promueven prácticas basadas en la evidencia.
- **Generar confianza:** Establecer la confianza a través de interacciones culturalmente sensibles, incluyendo el uso de la comunicación no verbal y la participación con los recursos comunitarios, mejora la comodidad y la cooperación del paciente. (Dementia UK, 2021)



8.3. Actitudes de los profesionales sanitarios hacia los pacientes mayores

Las investigaciones indican que las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas mayores influyen significativamente en la calidad de la atención y la comunicación que proporcionan. Los estudios destacan varias conclusiones clave:

Las actitudes negativas afectan a la comunicación: los profesionales de la salud con actitudes negativas hacia el envejecimiento tienden a mantener conversaciones más breves, superficiales y orientadas a las tareas con los pacientes mayores. Estas interacciones suelen implicar un tono condescendiente y excluyen a los pacientes de las consultas o la toma de decisiones (Caris-Verhallen et al., 1999).

Bajas expectativas y atención distante: los profesionales de la salud con actitudes desfavorables hacia los pacientes mayores muestran menores expectativas respecto a su rehabilitación y un trato más distante. También son menos propensos a utilizar el humor o a recordar los nombres de los pacientes mayores, en comparación con los pacientes más jóvenes (McLafferty y Morrison, 2004).

Exclusión de las conversaciones médicas: En todas las disciplinas (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), los pacientes mayores suelen quedar excluidos de las conversaciones sobre su propia atención. En su lugar, los profesionales sanitarios pueden pasar por alto a los pacientes mayores para comunicarse con sus familiares más jóvenes o tomar decisiones clínicas sin contar con la opinión del paciente. Las razones para ello incluyen la falta de conciencia de sí mismos, la percepción de que es más fácil hablar de la atención con los familiares más jóvenes y el hecho de no considerar al paciente mayor como un individuo (Ben-Harush et al., 2016).

En general, estos patrones revelan cómo la discriminación por edad en la atención sanitaria puede socavar la atención centrada en el paciente y comprometer la dignidad de los pacientes mayores.

8.4. Cómo influye la cultura en la percepción del envejecimiento

En el mundo actual, la combinación de la urbanización, el aumento del coste de la vida y los cambios culturales impulsados por la interconexión global está contribuyendo a una transición de los sistemas familiares tradicionales, en los que se cuida a los ancianos en el hogar, a sistemas de atención más institucionalizados. En muchas culturas orientales, se espera que las generaciones más jóvenes cuiden de sus familiares mayores, considerándolo un deber familiar. Como resultado, las personas mayores suelen recibir cuidados en el hogar, y a menudo viven con sus hijos u otros familiares más jóvenes. Por el contrario, en países como Estados Unidos, es habitual que las personas mayores residan en «comunidades de jubilados», donde muchos optan por vivir de forma independiente dentro de un entorno comunitario (Fernandes, 2023).

Las percepciones sobre el envejecimiento varían según las culturas, lo que influye en cómo se ve y se trata a las personas mayores. En algunas culturas, se respeta

a las personas mayores por su sabiduría, mientras que, en otras, el envejecimiento puede verse de forma negativa. Esto puede afectar a su autoestima y bienestar. Las sociedades occidentales suelen valorar la juventud y la belleza, lo que lleva a una visión negativa del envejecimiento. Por el contrario, muchas culturas orientales y africanas valoran a las personas mayores por su experiencia y conocimientos, y cuentan con sólidos sistemas de apoyo familiar y comunitario. La comprensión de estas diferencias culturales por parte de los profesionales sanitarios es fundamental para proporcionar atención personalizada, mejora en la comunicación, apoyo a la participación de la familia en la toma de decisiones y fomento de la participación de la comunidad. La formación en materia de sensibilización cultural mejora la capacidad de los trabajadores sanitarios para atender a personas mayores de diversos orígenes (Mansor y Hui, 2020).

8.5. Retos a los que se enfrentan los inmigrantes mayores que envejecen en sus países de acogida

Dificultades económicas: Los inmigrantes de edad avanzada suelen enfrentarse a dificultades económicas, ya que están sobrerrepresentados entre los grupos vulnerables y desfavorecidos. Tienden a trabajar en empleos mal remunerados, con poca seguridad laboral y prestaciones mínimas, lo que les lleva a depender de las pensiones estatales cuando se jubilan. Incluso aquellos que cuentan con pensiones profesionales suelen recibir cantidades reducidas debido a períodos de desempleo o jubilación anticipada. Los inmigrantes mayores no europeos en Europa se encuentran en una situación especialmente desfavorecida, ya que, a diferencia de sus homólogos europeos, no suelen poder transferir sus derechos de pensión (Ayalon, Tesch-Römer et al., 2018).

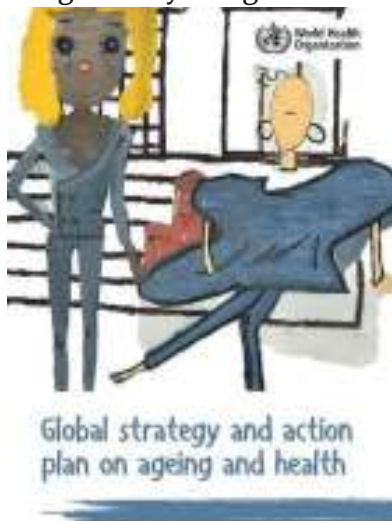
Acceso limitado a los servicios: Los inmigrantes mayores suelen tener un acceso limitado a los servicios públicos debido a las barreras lingüísticas, la falta de educación, el capital cultural insuficiente y la información inadecuada. También tienen dificultades para lidiar con la burocracia y, a menudo, dependen del apoyo de la familia o la comunidad. Los profesionales suelen atribuir esta infrautilización de los servicios a los propios inmigrantes, en lugar de a problemas sistémicos. Sin embargo, la falta de políticas inclusivas, la atención insuficiente por parte de las instituciones principales y la formación multicultural inadecuada de los provee-



Siehe hierzu das Video „Protecting the rights of older persons“:
<https://youtu.be/GB7Vr8tlOuE?si=aXOimGVI6xk8EAIC>.

dores de servicios contribuyen de manera significativa a estos retos de accesibilidad (Ayalon, Tesch-Römer et al., 2018).

Aislamiento social (soledad): El aislamiento social es un problema mundial importante y persistente que afecta a muchas personas mayores, en particular a los inmigrantes y refugiados. A menudo está relacionado con factores como el racismo, la discriminación, las barreras lingüísticas, las redes sociales débiles y la separación de amigos y familiares. Identificar a las personas mayores socialmente aisladas sigue siendo un reto importante. Es fundamental comprender mejor el aislamiento social para elaborar políticas, desarrollar programas e investigar con el fin de apoyar a las personas mayores en toda su diversidad (Johnson et al., 2021).



8.6. ¿Qué dicen los tratados y convenios europeos sobre este tema?

Aunque las leyes específicas varían según el país, los temas comunes incluyen la lucha contra la discriminación, la protección social, el acceso a la asistencia sanitaria y el apoyo a la vida independiente. Los tratados y la legislación de la UE ofrecen una sólida protección contra la discriminación por motivos de edad, centrándose en la protección de los derechos de las personas mayores, la promoción de su bienestar y la garantía de su participación en la sociedad.

El artículo 19 del Tratado de Funcionamiento de la UE faculta a la UE para legislar contra la discriminación por motivos de edad (Unión Europea, 2007). **El artículo 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales** prohíbe explícitamente la discriminación por motivos de edad, mientras que **el artículo 25** reconoce el derecho de las personas mayores a la dignidad, la independencia y la participación social (Unión Europea, 2000). **El Convenio Europeo de Derechos Humanos**, aunque no aborda explícitamente la discriminación por motivos de edad, ha sido interpretado en el sentido de que su cláusula contra la discriminación incluye la edad (Consejo de Europa, 1950). **El Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE)** establece además la no discriminación por motivos de edad como principio general del Derecho de la Unión, garantizando su cumplimiento en toda la legislación de la UE (asunto Mangold, Mangold contra Helm, 2005). Mangold contra Helm (2005) C-144/04 fue un caso histórico ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) relativo a la discriminación por edad en el empleo. La disputa concernía al Sr. Mangold, un empleado de 56 años en Alemania, contratado bajo un contrato de trabajo de duración determinada, de conformidad con la ley alemana, que permitía celebrar tales contratos con empleados mayores sin necesidad de justificación. El Sr. Mangold impugnó la ley, alegando que le discriminaba por motivos de edad. El TJUE

dictaminó en su sentencia que la ley alemana infringía la Directiva marco sobre igualdad en el empleo, aunque no tuviera que aplicarse hasta finales de 2006. Afirmó que, en términos generales, la legislación que permite a los empleadores tratar a las personas de manera diferente por motivos de edad «vulnera el principio» del derecho internacional de eliminar la discriminación por motivos de edad. El TJUE dictaminó que los tribunales nacionales deben dejar sin efecto cualquier disposición de la legislación nacional que entre en conflicto con la directiva. Incluso antes de la plena aplicación de la Directiva 2000/78/CE (que prohíbe la discriminación por motivos de edad en el empleo), los tribunales nacionales deben dejar sin efecto las leyes que sean incompatibles con los principios fundamentales de la UE.

Carta Social Europea del Consejo de Europa: La Carta Social Europea es un tratado de derechos humanos establecido por el Consejo de Europa. Durante más de 60 años, ha salvaguardado los derechos sociales y económicos de los ciudadanos de toda Europa. Inicialmente abierta a la firma el 18 de octubre de 1961 en Turín (Italia), la Carta ha evolucionado con el tiempo para hacer frente a los retos de las sociedades modernas mediante la incorporación de nuevos derechos. A pesar de estas revisiones, la Carta sigue siendo fundamental para los objetivos principales del Consejo de Europa —los derechos humanos, el Estado de derecho y la democracia— y subraya que estos ideales no pueden realizarse plenamente sin la protección de los derechos sociales. El artículo 23 es la primera disposición de un tratado de derechos humanos que protege específicamente los derechos de las personas mayores. Alienta a los Estados miembros a garantizar a las personas mayores unos ingresos adecuados, asistencia sanitaria y participación en la vida social y cultural. Permite a las personas mayores seguir siendo miembros de pleno derecho de la sociedad y exige a los Estados Partes que establezcan un marco jurídico adecuado que permita combatir la discriminación por motivos de edad y prevea un procedimiento de «asistencia en la toma de decisiones» (Consejo de Europa, 1961).



Vea el vídeo relacionado «Proteger los derechos de las personas mayores»:

<https://youtu.be/GB7Vr8tIOuE?si=aXOimGVI6xk8EAlC>.

La Directiva marco sobre igualdad en el empleo (2000/78/CE) prohíbe la discriminación por motivos de edad en el empleo y la formación profesional en toda la Unión Europea. Su objetivo es garantizar la igualdad de trato y de oportunidades para todas las personas, independientemente de su edad, en el lugar de trabajo (Comisión Europea. Legislación: Directiva sobre igualdad en el empleo (2000/78/CE).

La OMS y su Estrategia y Plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento y Salud (2016-2020). En la Asamblea Mundial de la Salud de 2016, 194 países adoptaron

una Estrategia y plan de acción mundial sobre envejecimiento y salud (2016-2030). La **Estrategia** estableció la visión y los objetivos para los próximos 14 años (2016-2030), así como un **Plan de Acción** en el que se describen las medidas que deben adoptarse entre 2016 y 2020 para desarrollar la base empírica y las alianzas necesarias para una Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030).

El objetivo de la estrategia era mejorar la calidad de vida de las personas mayores promoviendo un envejecimiento saludable y abordando los retos que plantea el envejecimiento de la población. El plan se centraba en garantizar que las personas mayores pudieran llevar una vida independiente y tuvieran acceso a los servicios y el apoyo que necesitaban, al tiempo que se fomentaba una sociedad que valorara sus contribuciones.

“

«Actuando juntos, podemos añadir calidad a la cantidad y dar a todas las personas la oportunidad de llevar una vida plena, independientemente de su edad. Juntos, podemos hacer que cada año cuente, no por los números, sino por cómo vivimos y crecemos entre medias».

– Década de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable, 2022

La Estrategia (2016-2020) tenía dos objetivos:

- cinco años de medidas basadas en datos empíricos para maximizar la capacidad funcional de todas las personas
- para 2020, establecer las pruebas y las alianzas necesarias para apoyar una Década del Envejecimiento Saludable de 2020 a 2030.

Las contribuciones de la OMS a la Estrategia mundial sobre envejecimiento y salud (2016-2020) han supuesto un avance significativo en sus dos objetivos principales. En cuanto al objetivo 1, la OMS desempeñó un papel crucial en el refuerzo de la evidencia científica sobre el envejecimiento saludable, la elaboración de directrices y la promoción de políticas relacionadas con el envejecimiento. El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (WRAH) y otras iniciativas de investigación sirvieron de base para las estrategias nacionales, lo que llevó a un número cada vez mayor de países a elaborar políticas alineadas con la estrategia. Si bien estos avances no pueden atribuirse únicamente a la OMS, reflejan una creciente sensibilización mundial sobre las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y la salud. En cuanto al objetivo 2, la OMS movilizó con éxito a los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil y los investigadores para sentar las bases del Década del Envejecimiento con Salud (2021-2030). El proyecto de propuesta para la Década esbozó cuatro esferas de acción clave, entre ellas la lucha contra la discriminación por motivos de edad, la creación de entornos propicios para las personas de edad, la mejora de la atención integrada y la ampliación de la atención a largo plazo. La OMS también puso en marcha iniciativas como «Envejecer en buena salud para lograr resultados en el siglo XXI», un programa de formación en línea para responsables políticos. Sin embargo, siguen

existiendo retos, como la necesidad de un liderazgo más firme, una definición más clara de las funciones de los socios y una participación más equitativa de los países en la aplicación de la Década (OMS: Informe de evaluación, 2020).

La Década de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable (2021-2030): una iniciativa mundial liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como continuación de la Estrategia Mundial sobre Envejecimiento y Salud (2016-2020), cuyo objetivo es promover el bienestar, los derechos y la dignidad de las personas mayores. Se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y se centra en mejorar la calidad de vida de las personas mayores en todo el mundo. La iniciativa reconoce el envejecimiento creciente de la población mundial y tiene como objetivo fomentar un envejecimiento saludable de manera inclusiva y sostenible. La Década de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable busca abordar los retos y oportunidades de un mundo que envejece, fomentando entornos y sistemas que promuevan la salud, la autonomía y la participación de las personas mayores. Hace hincapié en la importancia de la colaboración entre sectores y en la necesidad de enfoques innovadores para crear sociedades adaptadas a las personas mayores. Entre sus objetivos principales se incluyen:

Combatir la discriminación por razón de edad:

Abordar los estereotipos y la discriminación contra las personas mayores, promoviendo al mismo tiempo una visión positiva del envejecimiento y sus contribuciones.

Acciones para combatir la discriminación por edad:

- Sensibilizar a la población mediante campañas de educación pública sobre el valor y el potencial de las personas mayores.
- Desarrollar políticas y leyes para proteger contra la discriminación por motivos de edad en el empleo, la atención sanitaria y otros ámbitos.
- Promover programas intergeneracionales para fomentar el entendimiento mutuo y romper los estereotipos entre las generaciones más jóvenes y las generaciones mayores.

Crear entornos adaptados a las personas mayores:

Desarrollar espacios públicos accesibles y fomentar comunidades que apoyen un envejecimiento activo y saludable.

Comunidades adaptadas a las personas mayores:

- Garantizar espacios públicos, transporte y viviendas accesibles que satisfagan las necesidades de las personas mayores.
- Promover oportunidades de participación comunitaria, incluyendo el voluntariado y la participación en actividades sociales, culturales y recreativas.
- Mejorar el acceso a servicios como la atención médica, las compras y el entretenimiento mediante el desarrollo de infraestructuras físicas y digitales.

Garantizar una atención integrada:

Proporcionar servicios de atención sanitaria integrales y centrados en la persona, adaptados a las necesidades de las personas mayores.

Modelos de atención integrada:

- Hacer hincapié en la coordinación entre los proveedores de atención primaria, los especialistas y los servicios comunitarios para abordar las complejas necesidades sanitarias de las personas mayores.
- Centrarse en la atención preventiva, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades crónicas para mejorar los resultados sanitarios y la calidad de vida.
- Utilizar tecnologías como la telemedicina para aumentar el acceso a la atención, especialmente para las personas que viven en zonas remotas o desatendidas.

Apoyar los cuidados de larga duración:

Mejorar los sistemas de cuidados a largo plazo para respetar los derechos, la dignidad y las preferencias de las personas mayores con capacidades disminuidas.

Mejorar los servicios de cuidados a largo plazo:

- ▣ Desarrollar opciones de cuidados basados en la comunidad que permitan a las personas mayores envejecer en su lugar de residencia, en lugar de institucionalizarlas.
- ▣ Proporcionar formación y apoyo adecuados a los cuidadores, incluidos los familiares y el personal profesional.
- ▣ Garantizar que las políticas de cuidados a largo plazo aborden los problemas de abuso, negligencia y explotación.
- ▣ En general, la iniciativa es un llamamiento a la acción para que los gobiernos, la sociedad civil y las partes interesadas mejoren la vida de las personas mayores, permitiéndoles vivir más tiempo, con mejor salud y de forma más plena (Década del Envejecimiento Saludable, 2022).

Vea el siguiente vídeo sobre el Decenio del Envejecimiento Saludable:

<https://youtu.be/2Ka3a3X5RRw?si=aTfBT5o5f1BLw7fB>

Referencias

- Alzheimer's Association. (2021). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.org/facts>
- Alzheimer's Disease International. (2021). World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. Alzheimer's Disease International. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.co.uk/research/world-report>
- Alzheimer's Society. (n.d.). Cultural sensitivity and awareness. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/dementia-experience-toolkit/howrecruit-people-dementia/cultural-sensitivity-and-awarenesspatients>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., et al. (2016). Ageism in the health care system: Providers, and systems. *The Gerontologist*, 57(4), 707-718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw076>
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). The role of communication in nursing care for older people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 915-933. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x>
- CDC. (2024). Healthy aging at any age. <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html>
- Council of Europe. (1950). European Convention on Human Rights. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.echr.coe.int>
- Council of Europe. (1961). European Social Charter. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>
- Dementia UK. (2021). Cultural and religious awareness within dementia care. Retrieved January 26, 2025, <https://www.dementiauk.org/news/cultural-and-religious-awareness-withindementia-care/>
- European Commission. (n.d.). Legislation: Employment Equality Directive (2000/78/EC). Employment, Social Affairs & Inclusion. Retrieved January 21, 2025, https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/rights-work/tackling-discrimination-work/legislation-employment-equality-directive-200078ec_en
- European Union. (2000). Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of the Communities, https://www.europarl.europa.eu/C_364/1. Retrieved January 15, 2025, from
- European Union. (2007). Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU). Official Journal of the European Union, C 326/47. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.europa.eu>
- Fernandes, D. (2023). Aging across borders: How we age around the world. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/non-weird-science/202310/aging-across-borders-how-we-age-around-the-world>
- Greenlee, K. (2020). Overcoming the Silver Tsunami. American Society on Ageing. <https://generations.asaging.org/silver-tsunami-older-adults-demographics-aging>
- Hanefeld, J., & Fischer, H. T. (2021). Global health: Definition, principles, and drivers. *Handbook of global health*, 3-27. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_4-1
- Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *Healthcare Management Forum*, 34(5), 266271.

- Lark, J. L., Phoenix, S., Bilbrey, A. C., et al. (2018). Cultural competency in dementia care: An African American case study. *Clin Gerontol*, 41(3), 255-260. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1420725>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. *Open Journal of Nursing*, 3(1).
- Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., et al. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165-187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report the Lancet standing commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Longev, L. H. (2021). Care for ageing populations globally. *Lancet Healthy Longevity*, 2(4), e180.
- Malhotra, S. (2023). Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare.
- Mangold v. Helm, Case C-144/04, European Court of Justice (2005). Retrieved January 15, 2025, from <https://curia.europa.eu>
- Mansor, S., & Hui, M. K. (2020). Cultural attitudes towards older adults: A comparative study. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4), 413-430. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1802422>
- McLafferty, E., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 446-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03124.x>
- Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2023). Global aging and health determinants in a changing world. In *Aging* (pp. 3-30). Academic Press.
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to trans-cultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119-1131. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
- Shishira, S. (2024). How race and culture can affect Alzheimer's care. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.webmd.com/alzheimers/race-culture-alzheimers-care>
- World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042/>
- World Health Organization. (2020). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Health Organization. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550579>
- World Health Organization. (2021). Global report on ageism. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthyageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Reflexión final: el envejecimiento de la población y el modelo EMPOWER

de Małgorzata Szkup

Este capítulo hace hincapié en que **el envejecimiento de la población mundial** plantea importantes retos para los sistemas de salud en términos de equidad, empatía y adaptación cultural, retos que se alinean estrechamente con los pilares fundamentales del modelo EMPOWER, en particular el multiculturalismo, el profesionalismo, el bienestar y los recursos educativos.

Los autores destacan la necesidad de **una atención geriátrica culturalmente competente**, la lucha contra la discriminación por motivos de edad y el desarrollo de **entornos adaptados a las personas mayores**, todo lo cual respalda los valores de EMPOWER de **BIENESTAR** y **EFICACIA**. El énfasis en **la atención individualizada a las personas mayores** y en el reconocimiento de sus identidades y valores culturales refleja el llamamiento de EMPOWER a **una atención sanitaria respetuosa, reflexiva y culturalmente consciente**.

El capítulo también destaca la importancia de la prevención de la demencia y la educación relacionada con el envejecimiento, reforzando el componente **de Recursos Educativos** del modelo y promoviendo el desarrollo continuo de los profesionales de la salud.

En resumen, este capítulo refuerza el mensaje central de EMPOWER: **la atención a las poblaciones que envejecen debe estar basada en el conocimiento cultural, fundamentada en la ética y centrada en la dignidad y el bienestar, independientemente de la edad o el origen**.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 9

Comunicación multicultural eficaz y prácticas colaborativas:

Estrategias para la
inclusión y el diálogo

KARMEN ERJAVEC, SABINA KRSNIK

Universidad de Novo Mesto (Eslovenia)

“

La comunicación multicultural eficaz y la colaboración prosperan sobre la base de la empatía, la escucha activa y el respeto mutuo, transformando la diversidad en una poderosa herramienta para la inclusión y el diálogo significativo.

9.1. Introducción

La comunicación multicultural eficaz es fundamental para los profesionales sanitarios que trabajan en entornos cada vez más diversos. **El respeto** por la diversidad es un principio fundamental, ya que los pacientes y los compañeros de trabajo aportan al entorno sanitario antecedentes culturales, creencias y valores únicos. Aceptar esta diversidad no solo fomenta la confianza, sino que también mejora los resultados de los pacientes y la dinámica del equipo. **La empatía y la comprensión** son igualmente esenciales; los profesionales sanitarios deben esforzarse activamente por comprender las perspectivas de los pacientes y sus compañeros, especialmente en lo que respecta a las normas culturales relacionadas con la salud, la enfermedad y el tratamiento. Esto requiere humildad **cultural**, es decir, una voluntad continua de aprender y adaptarse a las diferencias culturales sin juzgarlas. Es fundamental **una comunicación clara y transparente**, que garantice que la información médica se transmite de forma que respete el contexto cultural del paciente y evite ambigüedades. **La escucha activa** refuerza aún más estos esfuerzos, ya que permite a los profesionales abordar las preocupaciones de forma eficaz y establecer una buena relación. **La sensibilidad ante los conflictos**, otro principio clave, permite a los equipos sanitarios gestionar las diferencias de forma constructiva, centrándose en objetivos comunes, como el bienestar del paciente, en lugar de en los malentendidos culturales (Samovar et al., 2017).

Además de estos principios, los profesionales sanitarios deben adoptar valores que promuevan **la inclusión y la colaboración** en su práctica. **El respeto mutuo** es fundamental, ya que reconoce la **dignidad** inherente a todas las personas, independientemente de su origen cultural o lingüístico. La inclusión garantiza que los pacientes y los compañeros se sientan valorados y capacitados para expresar sus puntos de vista, lo cual es fundamental para la toma de decisiones compartida. **La integridad y la honestidad** en la comunicación generan confianza, especialmente cuando se abordan temas delicados relacionados con la salud y la atención sanitaria. **La colaboración** mejora la eficacia del equipo al aprovechar las diferentes perspectivas para desarrollar soluciones innovadoras. El empoderamiento es muy importante, hay que animar a los grupos marginados, como los hablantes no nativos o las comunidades desfavorecidas, a participar activamente en su atención o en su entorno profesional. Al adoptar estos principios y valores, los profesionales sanitarios crean un sistema de atención más equitativo y eficaz que no solo respeta las diferencias culturales, sino que las utiliza como una fortaleza para mejorar la atención al paciente y el crecimiento profesional en un contexto sanitario multicultural (Samovar et al., 2017).

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- **Desarrollar habilidades de comunicación eficaz**, incluyendo la escucha activa y la empatía. A través de ejercicios prácticos y estudios de casos, los estudiantes mejorarán su capacidad para escuchar de forma activa y empáti-

ca. Estas habilidades son esenciales para comprender las necesidades de los pacientes, construir relaciones terapéuticas sólidas y fomentar un entorno colaborativo dentro de los equipos de atención médica.

- **Definir conceptos clave relacionados con la comunicación multicultural**, como la competencia cultural, la diversidad lingüística, los prejuicios implícitos y los estereotipos. Comprender estos conceptos ayudará a los alumnos a desenvolverse en las interacciones interculturales con confianza y respeto.
- **Reconocer y superar las barreras de la comunicación multicultural**, incluyendo las diferencias lingüísticas, los malentendidos culturales y los prejuicios inconscientes. Los estudiantes explorarán estrategias para garantizar interacciones respetuosas y eficaces con pacientes y compañeros de trabajo de diversos orígenes.
- **Mejorar las habilidades para la resolución de conflictos en contextos multiculturales** mediante el aprendizaje de técnicas para gestionar y resolver conflictos derivados de diferencias culturales. Centrándose en objetivos comunes, como el bienestar del paciente, los alumnos desarrollarán estrategias para convertir los conflictos en oportunidades de crecimiento y colaboración.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los estudiantes serán capaces de:

- **comunicarse de manera eficaz**, incluyendo la comprensión de la importancia de la escucha activa y la empatía, y la claridad en sus interacciones con pacientes y compañeros.
- Comprender la importancia de **las técnicas de comunicación verbal y no verbal culturalmente apropiadas**, que son esenciales para generar confianza y entendimiento en entornos diversos.
- **Reconocer y superar las barreras de la comunicación multicultural**. Los estudiantes identificarán retos comunes, como las diferencias lingüísticas, los malentendidos culturales, los prejuicios implícitos y los estereotipos. Aprenderán estrategias para abordar estas barreras, garantizando interacciones respetuosas y eficaces con pacientes y compañeros de trabajo de diversos orígenes.
- Se les animará a **aprovechar las fortalezas de la diversidad cultural** para fomentar la innovación y la resolución de problemas dentro de los equipos de atención médica.

La comunicación multicultural se refiere al intercambio de información e ideas entre personas de diferentes orígenes culturales de manera que se respeten y se superen las diferencias culturales. Según Gudykunst (2003), hace hincapié en la comprensión de los matices de la comunicación verbal y no verbal entre culturas para lograr el entendimiento mutuo. En el ámbito de la atención sanitaria, la comunicación multicultural tiene que ver con el dominio del idioma y el reconocimiento de los valores, creencias y prácticas culturales que influyen en el comportamiento de los pacientes y en los resultados del tratamiento.

- Resolverán conflictos en contextos multiculturales. Los estudiantes aprenderán técnicas para gestionar y resolver conflictos derivados de malentendidos culturales. Centrándose en objetivos comunes, como el bienestar del paciente, desarrollarán estrategias para convertir los conflictos en oportunidades de crecimiento y colaboración.

Definiciones y términos relevantes

Comprender las definiciones y los términos clave proporciona un marco básico para que los estudiantes de medicina y ciencias de la salud puedan desenvolverse en el sistema sanitario, donde la diversidad entre pacientes y profesionales es cada vez más habitual.

La comunicación cultural eficaz se refiere a la capacidad de las personas o los grupos para intercambiar información de manera eficaz y comprender significados en el contexto de la diversidad cultural. Esto incluye la comunicación verbal, no verbal y simbólica (Gudykunst, 2005). La comunicación eficaz puede lograrse mediante **estrategias** como la escucha activa, evitando suposiciones y estereotipos, y utilizando un lenguaje y un comportamiento inclusivos. **La escucha activa** implica prestar mucha atención a los interlocutores con la intención de comprenderlos y empatizar con ellos, teniendo en cuenta los contextos culturales (Brownell, 2012). **Evitar las suposiciones y los estereotipos** requiere abstenerse de hacer generalizaciones o juicios prejuiciosos basados en diferencias culturales, centrándose en cambio en las experiencias individuales (Hofstede, et al., 2010). **El lenguaje y el comportamiento inclusivos** garantizan que todas las personas se sientan respetadas, independientemente de su origen cultural (Neuliep, 2020).

La competencia lingüística se refiere a la capacidad de los sistemas y proveedores de atención sanitaria para comunicarse eficazmente con los pacientes en su idioma preferido, lo que incluye la prestación de servicios de interpretación y traducción. Este término hace hincapié en la eliminación de las barreras lingüísticas en la prestación de la atención sanitaria (Oficina para la Salud de las Minorías, 2001).

La comunicación verbal en la asistencia sanitaria se refiere al uso del lenguaje hablado o escrito para transmitir información entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Esto incluye proporcionar explicaciones claras, precisas y culturalmente sensibles sobre diagnósticos, tratamientos y procedimientos (Silverman et al., 2013).

La comunicación no verbal abarca las expresiones faciales, el lenguaje corporal, el contacto visual, el tacto, la proxemia (espacio personal), el tono de voz, el silencio y otras señales no verbales que pueden influir significativamente en la forma en que se reciben e interpretan los mensajes (Hall, 1976). En contextos multiculturales, comprender las diferencias culturales en la comunicación no verbal es fundamental para evitar malentendidos y generar confianza con pacientes de diversos orígenes.

La comunicación en equipo en entornos sanitarios multiculturales se refiere al intercambio de información, ideas y comentarios entre profesionales de diversos orígenes culturales. Una comunicación eficaz en equipo se basa en la conciencia cultural, la escucha activa y las estrategias de resolución de conflictos. Según

Reeves et al. (2010), los equipos multiculturales de alto rendimiento demuestran adaptabilidad, respeto mutuo y objetivos comunes, lo cual es fundamental para la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

Las barreras para una comunicación eficaz incluyen las diferencias lingüísticas, los malentendidos culturales y la interpretación errónea de las señales no verbales (Samovar et al., 2017).

El compromiso con el diálogo y la colaboración implica la voluntad de las personas y los grupos de entablar un diálogo abierto y mutuo y de buscar soluciones conjuntas basadas en el respeto por la diversidad cultural y la confianza. Se hace hincapié en la importancia de fomentar las relaciones a través del entendimiento mutuo y la cooperación (Buber, 1970; Isaacs, 1999). **Para generar confianza en entornos multiculturales** se requiere honestidad, respeto y coherencia en las acciones y la comunicación (Ting-Toomey y Chung, 2012).

Los enfoques basados en el diálogo son esenciales para comprender perspectivas diversas. La comunicación bidireccional, que implica escuchar activamente y estar abierto a otros puntos de vista, fortalece el diálogo y fomenta el entendimiento mutuo (Bakhtin, 1981).

Las prácticas colaborativas refuerzan aún más el compromiso al involucrar a las partes interesadas en los procesos de toma de decisiones y en la creación conjunta de soluciones que integran y respetan las diversas perspectivas culturales. **La participación de las partes interesadas** garantiza su intervención activa y la consideración de sus valores culturales (Freeman, 2010), mientras que la creación conjunta de soluciones hace hincapié en la integración de diversos puntos de vista para abordar retos comunes (Gray, 1989).

La resolución de conflictos en entornos multiculturales es un componente esencial de la colaboración. Entre las estrategias eficaces se incluye la mediación basada en el respeto mutuo y la colaboración, centrada en identificar los valores compartidos para resolver las disputas de forma constructiva (Deutsch et al., 2011).

9.2. Comunicación intercultural en la asistencia sanitaria

9.2.1. Modelos teóricos de comunicación intercultural

Los modelos teóricos de comunicación multicultural se aplican cada vez más en el ámbito sanitario para abordar las disparidades en los resultados causadas entre los pacientes por las diferencias culturales. Estas disparidades suelen surgir de expectativas desalineadas entre los pacientes y los profesionales sanitarios, barreras lingüísticas y creencias culturales diferentes sobre la salud y la enfermedad. Las investigaciones destacan que **una comunicación culturalmente competente** puede salvar estas diferencias, fomentando una mejor comprensión y colaboración entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Este enfoque mejora la confianza, que es fundamental para unas relaciones terapéuticas eficaces, aumenta el cumplimiento de los planes de tratamiento al adaptar la atención a los valores

culturales del paciente y mejora la satisfacción general del paciente al crear una experiencia más inclusiva y respetuosa.

Modelos como el **continuo de competencia cultural** hacen hincapié en que la competencia cultural no es un logro estático, sino un proceso dinámico y continuo. El continuo incluye varias etapas: destructividad cultural (actitudes y prácticas que dañan o niegan otras culturas), incapacidad cultural (falta de habilidad o voluntad para ayudar a personas de otras culturas; prejuicios sutiles), ceguera cultural (creencia de que “todas las personas son iguales”, sin reconocer diferencias culturales), precompetencia cultural (reconocimiento de las limitaciones propias y primeros intentos por mejorar la sensibilidad cultural), competencia cultural (reconocimiento de las limitaciones propias y primeros intentos por mejorar la sensibilidad cultural) y competencia cultural avanzada (reconocimiento de las limitaciones propias y primeros intentos por mejorar la sensibilidad cultural). Se anima a los proveedores de atención sanitaria a ir más allá de la conciencia cultural básica, que consiste simplemente en reconocer las diferencias culturales, y alcanzar la competencia cultural. En este nivel, los proveedores incorporan activamente el conocimiento y la comprensión cultural en su comunicación y práctica, garantizando que la atención se adapte de forma dinámica al bagaje cultural único de cada paciente (Cross et al., 1989). Los investigadores coinciden en que la comunicación culturalmente competente no se limita a las interacciones entre proveedores y pacientes, sino que se extiende a las prácticas organizativas dentro de los sistemas de salud. Se anima a las instituciones a crear políticas y marcos que apoyen la competencia cultural en todos los niveles. Esto incluye contratar personal de diversos orígenes culturales, impartir formación periódica sobre comunicación intercultural y garantizar el acceso a intérpretes profesionales y a materiales educativos culturalmente apropiados. Este **enfoque sistémico** complementa los esfuerzos individuales de los proveedores de atención sanitaria y fomenta un entorno en el que la atención culturalmente apropiada es la norma. En la práctica, la comunicación culturalmente competente crea oportunidades para la toma de decisiones compartida, en la que los pacientes se sienten capacitados para expresar sus preferencias y preocupaciones. Este **enfoque participativo** no solo mejora los resultados de los pacientes, sino que también reduce la probabilidad de malentendidos y conflictos. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los pacientes están más dispuestos a seguir los tratamientos prescritos cuando los proveedores de atención sanitaria se toman el tiempo necesario para comprender e integrar las creencias culturales sobre las prácticas curativas tradicionales, incorporando los remedios naturales preferidos por los pacientes. Este **enfoque holístico** demuestra respeto por la identidad cultural del paciente y fomenta la confianza y la cooperación en el proceso de tratamiento (Campinha-Bacote, 2002).

9.2.2. Desafíos de las barreras lingüísticas y culturales

Las diferencias lingüísticas siguen siendo una barrera fundamental en la comunicación sanitaria. Los pacientes con un dominio limitado del idioma dominante suelen recibir una atención de menor calidad debido a la falta de comunicación, los

malentendidos o las explicaciones inadecuadas sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento. Esto puede dar lugar a una menor satisfacción de los pacientes, un menor cumplimiento de los planes de tratamiento y peores resultados sanitarios. Por ejemplo, varios estudios han demostrado que las barreras lingüísticas pueden contribuir a aumentar las tasas de reingresos hospitalarios, los errores en la medicación y los retrasos en la recepción de la atención sanitaria (Flores, 2006). Los pacientes con un dominio limitado del inglés suelen tener dificultades para acceder a los servicios sanitarios, reciben una atención de menor calidad y obtienen peores resultados de salud. El dominio limitado del inglés es un factor independiente que contribuye a las disparidades en materia de salud y podría exacerbar el impacto negativo de otros determinantes sociales de la salud (Schwei et al., 2016; American Medical Association, 2021). Además, el estrés y la ansiedad causados por la incapacidad de comunicarse eficazmente con los proveedores de atención médica a menudo exacerban las condiciones de los pacientes, especialmente en situaciones urgentes o de emergentes (Ulrey y Amason, 2001; Paternotte et al., 2015).

Los intérpretes médicos profesionales mejoran la comunicación al transmitir con precisión terminología médica y los matices culturales, reduciendo los errores y fomentando la confianza de los pacientes. Sin embargo, el acceso sigue siendo irregular debido a dificultades económicas, de personal y logísticas, y los centros de las ciudades más pequeños suelen depender de métodos de interpretación a distancia que son menos personales (Pöchhacker, 2015).

Las barreras culturales tienen un impacto significativo en la comunicación sanitaria, ya que influyen en las creencias, la toma de decisiones y la percepción del tratamiento. Las culturas colectivistas, como las de Asia Oriental o América Latina, hacen hincapié en la participación de la familia en las decisiones sanitarias, lo que puede retrasar la atención si no se alcanza un consenso. Por el contrario, las culturas individualistas, como las de América del Norte y Europa Occidental, dan prioridad a la autonomía y suelen considerar la participación de la familia como una intromisión (Hofstede et al., 2010). Las creencias culturales sobre la enfermedad, como las interpretaciones espirituales u holísticas, pueden influir en la disposición de los pacientes a seguir los consejos médicos, y algunos dan prioridad a la oración o a los remedios tradicionales frente a los tratamientos convencionales. La interpretación errónea de estas normas puede dar lugar a un tratamiento inadecuado o a un manejo inadecuado del dolor, lo que socava la confianza del paciente y la calidad de la atención (Samovar et al., 2017). Las diferencias culturales en **las actitudes hacia el dolor y la expresión emocional** plantean retos importantes en la atención sanitaria. Mientras que algunas culturas valoran el estoicismo, otras fomentan la expresión del dolor para garantizar su reconocimiento. La mala interpretación de estas normas puede llevar a subestimar o sobreestimar el estado del paciente, lo que da lugar a un tratamiento subóptimo. Por ejemplo, los profesionales sanitarios que desconocen las tendencias culturales a subestimar el dolor pueden tratar de forma inadecuada el malestar del paciente, lo que da lugar a una atención insuficiente (Samova et al., 2017).

9.2.3. Comunicación centrada en el paciente en entornos multiculturales

Los estudios demuestran que abordar las barreras lingüísticas y culturales mediante la competencia cultural mejora significativamente los resultados de la atención sanitaria. Esto incluye el empleo de intérpretes profesionales, el uso de materiales adaptados a la cultura y la participación en formación continua para respetar las diversas normas (Flores, 2006; Samovar et al., 2017).

Las investigaciones también destacan la eficacia de los modelos de comunicación centrados en el paciente, como el **marco LEARN**, que guía a los profesionales sanitarios para **escuchar (listen)** las preocupaciones de los pacientes, **explicar(explain)** su perspectiva, **reconocer(recognize)** las diferencias culturales, **recomendar (recommend)** el tratamiento adecuado y **negociar (negotiate)** un plan de atención mutuamente aceptable. Este enfoque estructurado fomenta un diálogo significativo, valida las perspectivas de los pacientes y alinea los planes de atención con los valores culturales, creando en última instancia un entorno sanitario más inclusivo y solidario (Samovar et al., 2017).

Comunicación no verbal en la asistencia sanitaria intercultural

La comunicación no verbal desempeña un papel fundamental en las interacciones sanitarias, especialmente cuando existen barreras lingüísticas. El contacto visual, los gestos, el tacto y las preferencias en cuanto al espacio físico varían mucho entre las diferentes culturas y pueden influir en la percepción que tienen los pacientes de la atención recibida. Diversos estudios demuestran que formar a los profesionales para que reconozcan y se adapten a las diferencias culturales en la comunicación no verbal mejora la experiencia del paciente y fomenta la confianza (Samovar et al., 2017; Ting-Toomey y Chung, 2012).

El papel de la tecnología en la comunicación sanitaria intercultural

Las herramientas digitales, como la telemedicina y las aplicaciones móviles de salud, ofrecen soluciones prometedoras para abordar las barreras culturales y lingüísticas en la atención sanitaria, especialmente para las poblaciones desfavorecidas. Sin embargo, su eficacia depende de un diseño sensible a las diferencias culturales, con interfaces de usuario y contenidos adaptados a los niveles de alfabetización, la familiaridad con la tecnología y las normas culturales (Aceto, et al., 2018). Los estudios muestran que entre los retos se encuentran la **brecha digital**, ya que las poblaciones con bajos ingresos y las zonas de exclusión digital suelen carecer de acceso a las infraestructuras necesarias, y las preocupaciones por la privacidad, que pueden variar según la cultura y afectar a la confianza en estas tecnologías. Para abordar estas cuestiones es necesario invertir en infraestructuras equitativas y en políticas sanitarias adaptadas a la cultura (Lythreath et al., 2021).

9.3. Estrategias para una comunicación cultural eficaz

La comunicación eficaz es fundamental para prestar una asistencia sanitaria de alta calidad, especialmente en entornos culturalmente diversos. Garantiza que los profesiona-

Estrategias para una comunicación eficaz en el ámbito sanitario

- 1. Escucha activa*
- 2. Utilizar un lenguaje claro y sencillo*
- 3. Ser sensible a las diferencias culturales*
- 4. Comunicación no verbal*
- 5. Generar confianza y empatía*
- 6. Uso de la tecnología para facilitar la comunicación*
- 7. Fomentar la toma de decisiones compartida*
- 8. Superar las barreras lingüísticas*
- 9. Proporcionar empatía y apoyo emocional*

les sanitarios puedan establecer una relación de confianza, comprender las necesidades de los pacientes y prestar la atención adecuada. Los profesionales sanitarios pueden utilizar estrategias para mejorar la comunicación con los pacientes y sus compañeros.

1. Escucha activa

La escucha activa es la piedra angular de la comunicación eficaz. Implica concentrarse plenamente en lo que dice el interlocutor, comprender su mensaje y responder de forma reflexiva.

2. Utilizar un lenguaje claro y sencillo

La jerga médica puede resultar confusa o intimidatoria para los pacientes, especialmente para aquellos con conocimientos limitados sobre salud. Simplificar el lenguaje y evitar los términos técnicos garantiza que los pacientes comprendan su diagnóstico, las opciones de tratamiento y las instrucciones de cuidados.

3. Ser sensible a las diferencias culturales

La sensibilidad cultural implica reconocer y respetar las creencias, valores y prácticas culturales de los pacientes. En entornos sanitarios diversos, la sensibilidad cultural ayuda a los profesionales a evitar malentendidos y a proporcionar una atención que se ajuste al contexto cultural del paciente.

4. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal, como las expresiones faciales, los gestos y el lenguaje corporal, desempeña un papel importante en las interacciones sanitarias. Los profesionales deben ser conscientes de sus señales no verbales y aprender a interpretar las de los pacientes de diferentes orígenes culturales.

5. Generar confianza y establecer una buena relación

La confianza es esencial en la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Cuando los pacientes confían en sus profesionales sanitarios, son más propensos a compartir información importante, a seguir los planes de tratamiento y a sentirse satisfechos con la atención recibida.

6. Uso de la tecnología para facilitar la comunicación

Las herramientas digitales, como los registros clínicos electrónicos (RCE), las plataformas de telemedicina y los portales para pacientes, pueden mejorar la comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes. Estas tecnologías facilitan el intercambio de información, mejoran el acceso a la atención y permiten una mayor participación de los pacientes.

7. Fomentar la toma de decisiones compartida

La toma de decisiones compartida implica que los pacientes y los proveedores trabajen juntos para tomar decisiones sanitarias que se ajusten a las preferencias y valores del paciente. Este enfoque colaborativo conduce a una mayor satisfacción del paciente y a mejores resultados de salud.

8. Superar las barreras lingüísticas

Las barreras lingüísticas pueden impedir una comunicación eficaz, lo que puede dar lugar a diagnósticos erróneos, errores en la medicación y una menor satisfacción de los pacientes. Superar estas barreras es fundamental para garantizar una prestación sanitaria equitativa.

9. Brindar empatía y apoyo emocional

La empatía es la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de otra persona. En el ámbito sanitario, mostrar empatía fomenta una relación sólida entre el paciente y el profesional sanitario y ayuda a los pacientes a sentirse apoyados en momentos de estrés.

9.3.1. Escucha activa en un contexto multicultural para profesionales de la salud

La escucha activa es una habilidad comunicativa fundamental para los profesionales sanitarios, especialmente en contextos multiculturales. En entornos sanitarios diversos, escuchar de forma eficaz va más allá de simplemente oír las palabras; requiere comprender los matices culturales, reconocer las emociones y mostrar respeto por la perspectiva del paciente.

La escucha activa en contextos multiculturales implica varios componentes clave:

1. Atención

- Mantener el contacto visual (cuando sea culturalmente apropiado) y centrarse en el paciente sin distracciones.
- Utilice el lenguaje corporal, como asentir con la cabeza o inclinarse ligeramente hacia delante, para mostrar interés.
- Evite interrumpir o terminar las frases del paciente.

2. Aclaración

- Haga preguntas abiertas para animar a los pacientes a dar más detalles sobre sus preocupaciones (por ejemplo, «¿Puede decirme más sobre lo que está sintiendo?»).
- Solicite aclaraciones cuando sea necesario para asegurarse de que se le ha entendido (por ejemplo, «¿A qué se refiere cuando dice que se siente “pesado”?»).

3. Reflexión

- Parafrasee las declaraciones del paciente para confirmar que las ha entendido (por ejemplo: «Entonces, ¿me está diciendo que el dolor es peor por las tardes?»).

- Reflexione sobre las emociones del paciente para mostrar empatía (por ejemplo, «Parece que esto ha sido muy frustrante para usted»).
4. Empatía
 - Demuestre que comprende los sentimientos y la perspectiva cultural del paciente.
 - Valide las emociones del paciente (por ejemplo, «Entiendo que esta situación le haga sentir ansioso»).
 5. Resumen
 - Resuma los puntos clave de la conversación para asegurarse de que ambas partes están en sintonía.

Confirme los siguientes pasos y cualquier acción de seguimiento.

Las diferencias culturales pueden influir en la forma en que los pacientes comunican sus necesidades y responden a los profesionales sanitarios. Ser consciente de estas diferencias es esencial para escuchar de forma activa y eficaz en contextos multiculturales.

Estrategias para una escucha activa sensible a las diferencias culturales:

- Preste atención a las señales no verbales, como las expresiones faciales, los gestos y el tono de voz, que pueden variar según la cultura.
- Adapte su estilo de comunicación a las preferencias del paciente (por ejemplo, siendo más formal o informal dependiendo del contexto cultural).
- Evite hacer suposiciones basadas en estereotipos; trate a cada paciente como un individuo.

Los profesionales sanitarios pueden encontrar **dificultades** a la hora de practicar la escucha activa en contextos multiculturales:

- Limitaciones de tiempo: el tiempo limitado durante las consultas puede dificultar la escucha activa.

Ejemplos de influencias culturales en la comunicación:

- **Culturas de alto contexto frente a culturas de bajo contexto:** En las culturas de alto contexto (por ejemplo, Japón o China), la comunicación suele basarse en mensajes implícitos y señales no verbales. En las culturas de bajo contexto (por ejemplo, Estados Unidos o Alemania), la comunicación tiende a ser más directa y explícita.
- **Actitudes hacia la autoridad:** En algunas culturas, los pacientes pueden mostrarse reacios a cuestionar o discrepar de los profesionales sanitarios, a quienes consideran figuras de autoridad. Escuchar activamente puede ayudar a crear un espacio seguro para que estos pacientes expresen sus preocupaciones.
- **Expresión del dolor y las emociones:** Las normas culturales pueden influir en la forma en que los pacientes describen sus síntomas o expresan sus emociones. Por ejemplo, algunas culturas pueden desalentar las expresiones abiertas de dolor, mientras que otras pueden fomentar descripciones vívidas.

- **Sesgos implícitos:** los sesgos inconscientes pueden afectar a la forma en que los profesionales perciben y responden a los pacientes.
- **Barreras lingüísticas:** incluso con intérpretes, pueden perderse matices sutiles del lenguaje.
- **Estrés emocional:** los profesionales pueden sentirse abrumados por la carga emocional que supone escuchar las preocupaciones de los pacientes.

Cómo superar estos retos:

- Priorizar la escucha activa en casos complejos o delicados, incluso si el tiempo es limitado.
- Reflexione sobre sus prejuicios personales y busque formación en competencia cultural para minimizar su impacto.
- Utilice listas de verificación o marcos de comunicación, como el modelo LEARN (escuchar, explicar, reconocer, recomendar, negociar), para guiar las interacciones.
- Practique el autocuidado para gestionar el estrés y mantener la resiliencia emocional.

9.3.2. Uso de un lenguaje claro y sencillo en un contexto sanitario multicultural

Para comunicarse de manera eficaz, los profesionales de la salud deben adoptar los siguientes principios:

1. **Evite la jerga médica:** utilice términos cotidianos en lugar de lenguaje técnico. Por ejemplo, diga «presión arterial alta» en lugar de «hipertensión».
2. **Sea directo y específico:** Evite las afirmaciones vagas. En lugar de decir «Es posible que necesite tomar esto», diga «Tome este medicamento una vez al día después de las comidas».

Ejemplo práctico



Situación: Llega un paciente de otra cultura con síntomas de diabetes, pero le cuesta entender los términos médicos.

- **Utilice un lenguaje claro:** en lugar de decir «Sus niveles de glucosa indican hiperglucemia», diga «Su nivel de azúcar en sangre es demasiado alto».
- **Ayuda visual:** Muestre un gráfico con los niveles normales y altos de azúcar en sangre.
- **Comentarios:** Pregunte: «¿Me puede decir qué entiende sobre sus niveles de azúcar en sangre?». **Sensibilidad cultural:** Si la dieta del paciente es específica de su cultura, comente los alimentos que se ajustan a sus tradiciones, pero que también son beneficiosos para su salud.

3. **Utilice frases cortas:** divida las ideas complejas en partes más pequeñas y fáciles de entender. Por ejemplo, en lugar de «El medicamento sirve para reducir la inflamación, lo que ayuda a aliviar el dolor y la hinchazón», diga «Este medicamento reduce la hinchazón y el dolor».
4. **Incorpore ayudas visuales:** utilice diagramas, gráficos o imágenes para explicar los procedimientos o las afecciones cuando sea posible.
5. **Pida comentarios:** Confirme que el paciente ha entendido la información pidiéndole que la repita con sus propias palabras.
6. **Hable a un ritmo cómodo:** hable despacio y con claridad, especialmente si el idioma materno del paciente es diferente al suyo.

Estrategias para la comunicación multicultural

- Aprenda frases clave: Conocer palabras básicas en el idioma del paciente, como «dolor», «medicamento» o «ayuda», puede marcar una gran diferencia.
- Sea consciente de las normas culturales: comprenda que los antecedentes culturales influyen en la forma en que los pacientes ven la atención médica, expresan sus síntomas e interactúan con los profesionales. Por ejemplo, en algunas culturas, los pacientes pueden ser reacios a hacer preguntas o expresar sus preocupaciones.
- Utilice intérpretes profesionales: Cuando las barreras lingüísticas sean significativas, utilice intérpretes capacitados en lugar de depender de familiares, que podrían carecer de conocimientos médicos o añadir sesgos personales.
- Sea paciente y mantenga una actitud abierta: dé tiempo a los pacientes para que procesen la información y hagan preguntas. Evite hacer suposiciones sobre su comprensión o sus preferencias.
- Reconozca las señales no verbales: El lenguaje corporal, las expresiones faciales y el tono de voz pueden proporcionar información valiosa sobre si un paciente comprende o se siente cómodo.

9.3.3. Ser culturalmente sensible en un entorno sanitario multicultural

La sensibilidad cultural implica reconocer, respetar y valorar las diferencias culturales. Va más allá de la mera concienciación, ya que implica adaptar activamente la comunicación, los comportamientos y los planes de atención para satisfacer las necesidades culturales de los pacientes. Los profesionales sanitarios deben comprender que la cultura influye en la forma en que las personas interpretan los síntomas, buscan atención médica, siguen los tratamientos y perciben los sistemas sanitarios.

Principios de la sensibilidad cultural

- Autoconciencia: reflexione sobre sus prejuicios, valores y suposiciones culturales. Reconocer las ideas preconcebidas personales le ayuda a evitar imponerlas a los pacientes.
- Conocimientos culturales: Infórmese sobre las creencias y prácticas culturales comunes relevantes para su población de pacientes. Aunque las generalizaciones pueden proporcionar contexto, recuerde que cada paciente es único.

- Empatía y respeto: Aborde la interacción con cada paciente con empatía, tratando de comprender sus perspectivas y mostrando respeto por sus valores y preferencias.
- Comunicación eficaz: Utilice un lenguaje claro y sin jerga. Cuando sea necesario, trabaje con intérpretes para garantizar una comprensión precisa.
- Adaptabilidad: Sea flexible y esté dispuesto a modificar su enfoque para adaptarse al contexto cultural del paciente.

Estrategias prácticas para una atención culturalmente sensible

1. Generar confianza:
 - Empieza por presentarte y explicar tu función.
 - Muestre un interés genuino por los antecedentes y las preferencias del paciente.
 - Utilice técnicas de escucha activa, como mantener el contacto visual (si es culturalmente apropiado) y asentir con la cabeza.
2. Comprender las creencias culturales sobre la salud:
 - Haga preguntas abiertas para descubrir las creencias culturales sobre la enfermedad y el tratamiento. Por ejemplo: «¿Cómo ve su enfermedad?» o «¿Sigue alguna práctica tradicional?».
 - Respete las prácticas curativas tradicionales y, cuando sea posible, intégrealas con los tratamientos biomédicos.
3. Abordar las barreras lingüísticas:
 - Recurra a intérpretes profesionales en lugar de a familiares, ya que así se garantiza la precisión y se mantiene la confidencialidad del paciente.
 - Proporcione materiales escritos en el idioma preferido del paciente.
 - Aprenda frases clave en los idiomas que hablan habitualmente sus pacientes.
4. Navegar por las diferencias culturales:
 - Tenga en cuenta las normas culturales relacionadas con los roles de género, la modestia y el contacto físico. Por ejemplo, algunos pacientes pueden preferir un profesional sanitario del mismo sexo.
 - Comprenda las variaciones culturales en la expresión del dolor, el duelo o las emociones.
 - Evite hacer suposiciones basadas en estereotipos; pregunte a los pacientes cuáles son sus preferencias.
5. Fomentar la participación del paciente:
 - Involucre a los pacientes y sus familias en los procesos de toma de decisiones, ya que la dinámica familiar desempeña un papel importante en muchas culturas.
 - Explique claramente las opciones de tratamiento, asegurándose de que los pacientes las entienden y se sienten capacitados para tomar decisiones.

Desafíos y cómo superarlos

- Limitaciones de tiempo: puede resultar difícil dedicar tiempo adicional a la atención culturalmente sensible. Priorice el establecimiento de una buena relación desde el principio para agilizar las interacciones futuras.
- Falta de conocimiento cultural: Manténgase informado a través de cursos de formación, talleres y recursos sobre competencia cultural.
- Sesgos implícitos: utilice herramientas como las pruebas de asociación implícita para identificar y mitigar los sesgos inconscientes.

Ser sensible a las diferencias culturales es fundamental para prestar una atención de alta calidad en un entorno sanitario multicultural. Requiere una reflexión continua, aprendizaje y adaptabilidad. Al comprender y respetar los antecedentes culturales de los pacientes, los profesionales sanitarios pueden generar confianza, mejorar los resultados sanitarios y garantizar que todos los pacientes se sientan valorados y cuidados. La sensibilidad cultural no se limita a proporcionar tratamiento, sino que consiste en fomentar una relación terapéutica basada en el respeto y el entendimiento mutuos.

9.3.4. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal constituye una parte importante de la interacción humana, a menudo complementando o incluso sustituyendo a la comunicación verbal. En el ámbito sanitario, cobra especial importancia cuando existen barreras lingüísticas. Por ejemplo, una sonrisa o un gesto de asentimiento pueden tranquilizar a un paciente, incluso si no entiende el idioma hablado. Del mismo modo, observar el lenguaje corporal de un paciente, como signos de incomodidad o ansiedad, puede alertar a los profesionales sanitarios de preocupaciones no expresadas.

La comunicación no verbal se puede dividir y aplicar en el ámbito sanitario:

Expresiones faciales

Importancia: Las expresiones faciales transmiten emociones como la empatía, la preocupación y la comprensión..

En la práctica:

- *Una sonrisa cálida puede tranquilizar a los pacientes. Evitar expresiones de frustración o desaprobación puede ayudar a mantener la confianza.*
- *Utilice expresiones amables y alentadoras cuando comunique información delicada.*

Contacto

Importancia: El contacto visual demuestra atención y respeto, haciendo que los pacientes se sientan escuchados y valorados.

En la práctica:

- *Mantenga un contacto visual adecuado sin mirar fijamente, ya que esto puede resultar intimidatorio.*
- *Tenga en cuenta que, en algunas culturas, el contacto visual prolongado se considera una falta de respeto.*

Lenguaje corporal

Importancia: La postura corporal, los gestos y los movimientos reflejan el compromiso y la apertura.

En la práctica:

- *Inclínese ligeramente hacia el paciente para mostrar atención.*
- *Evite cruzar los brazos, ya que puede interpretarse como una actitud defensiva o cerrada.*
- *Utilice gestos con las manos abiertas para reforzar los mensajes verbales.*

Proxemia (espacio personal)

Importancia: Respetar el espacio personal es esencial para que los pacientes se sientan cómodos.

En la práctica:

- *Mantenga una distancia adecuada en función del nivel de comodidad del paciente y las normas culturales.*
- *Reconozca que algunos pacientes pueden preferir más espacio, mientras que otros pueden sentirse más seguros con la cercanía.*

El contacto físico

Importancia: El contacto físico puede transmitir empatía, apoyo y tranquilidad, especialmente en situaciones emocionales o críticas.

En la práctica:

- *Toque suavemente el hombro o la mano para reconfortar a los pacientes, pero tenga siempre en cuenta las barreras culturales o las preferencias personales.*
- *Evite el contacto físico innecesario o excesivo, que podría incomodar a los pacientes.*

Tono de voz (paralingüística)

Importancia: El tono, el timbre y el ritmo del habla pueden influir en la forma en que se reciben los mensajes.

En la práctica:

- *Utilice un tono tranquilo y firme para crear una sensación de seguridad y confianza.*
- *Evite parecer apresurado o desdenoso, ya que esto puede hacer que los pacientes se sientan poco importantes. Reduzca la velocidad cuando explique información médica compleja.*

Gestos

Importancia: Los movimientos de las manos y los gestos pueden aclarar o enfatizar la comunicación verbal.

En la práctica:

- *Utilice gestos sencillos y claros para explicar procedimientos o conceptos.*
- *Ten cuidado con los gestos que pueden tener significados diferentes en otras culturas.*

Silencio

Importancia: El silencio puede proporcionar espacio para que los pacientes procesen la información y se sientan cómodos compartiendo sus pensamientos.

En la práctica:

- *Permita momentos de silencio durante las conversaciones difíciles.*
- *Utilice el silencio de forma estratégica para animar a los pacientes a hablar sin sentirse presionados.*

Apariencia y profesionalidad

Importancia: La apariencia de un profesional sanitario transmite competencia y credibilidad.

En la práctica:

- *Mantenga una apariencia limpia y profesional que se ajuste a las normas del lugar de trabajo.*
- *Lleve tarjetas de identificación en un lugar visible para que los pacientes se sientan seguros.*

Sensibilidad cultural en la comunicación no verbal

Importancia: Las diferencias culturales pueden influir significativamente en la interpretación de las señales no verbales.

En la práctica:

- *Sea consciente de las normas culturales relativas al contacto visual, el contacto físico y el espacio personal.*
- *En caso de duda, observe las señales del paciente y adapte en consecuencia.*

Integración de la comunicación no verbal en la práctica:

- **Autoconciencia:** evalúa regularmente tus comportamientos no verbales para asegurarte de que se ajustan al mensaje que deseas transmitir.
- **Observación del paciente:** Preste atención a las señales no verbales de los pacientes, como el lenguaje corporal o las expresiones faciales, para comprender mejor sus sentimientos y preocupaciones.
- **Coherencia:** Asegúrate de que tu comunicación no verbal complemente tus mensajes verbales para transmitir claridad y confianza.

Variaciones culturales en la comunicación no verbal

Las señales no verbales no son universales, sino que varían mucho según la cultura. Un gesto o una expresión facial que transmite un significado en una cultura puede tener un significado completamente diferente o incluso opuesto en otra. Por ejemplo:

- **Contacto visual:** En las culturas occidentales, mantener el contacto visual suele significar atención y honestidad. Sin embargo, en algunas culturas asiáticas o de Oriente Medio, el contacto visual prolongado puede considerarse irrespetuoso o conflictivo.
- **El tacto:** En muchos países occidentales, un suave toque en el brazo puede transmitir empatía. Sin embargo, en otras culturas, el contacto físico puede ser inapropiado, especialmente entre personas de distinto sexo.
- **Gestos:** Los gestos con las manos, como levantar el pulgar o hacer el signo de «ok», son positivos en algunas culturas, pero ofensivos en otras.
- **Espacio personal:** Las culturas varían en sus normas relativas al espacio personal. Mientras que los norteamericanos pueden preferir una mayor distancia personal, las personas de culturas latinoamericanas o mediterráneas pueden sentirse más cómodas estando más cerca.

Comprender estas diferencias es esencial para que los profesionales de la salud eviten malentendidos y ofensas involuntarias.

Observar e interpretar las señales no verbales

Los profesionales sanitarios deben desarrollar una gran capacidad de observación para interpretar con precisión las señales no verbales. Por ejemplo:

- **Expresiones faciales:** La expresión de un paciente puede revelar dolor, confusión o miedo, incluso si no lo verbaliza.
- **Postura y movimiento:** Una postura encorvada puede indicar fatiga o depresión, mientras que moverse nerviosamente puede significar ansiedad.
- **Paralingüística:** El tono, el timbre y el ritmo del habla, incluso en un idioma que el profesional no entiende, pueden proporcionar información sobre el estado emocional del paciente.

Adaptación de la comunicación no verbal a contextos multiculturales

Para garantizar una comunicación eficaz, los profesionales sanitarios deben adaptar su comportamiento no verbal al bagaje cultural del paciente:

- **Formación en sensibilidad cultural:** Las sesiones de formación periódicas pueden ayudar al personal a comprender las normas culturales y evitar errores comunes.
- **Enfoque centrado en el paciente:** Observar el nivel de comodidad del paciente e imitar sus señales no verbales puede ayudar a establecer una buena relación.
- **Uso de ayudas visuales:** los diagramas, las imágenes o los vídeos pueden superar las barreras lingüísticas y garantizar que los pacientes comprendan las instrucciones o los procedimientos.

9.3.5. Crear confianza y una buena relación en la comunicación sanitaria multicultural

La confianza es la base de cualquier relación entre el paciente y el proveedor. Se cultiva cuando los pacientes sienten que sus proveedores de atención médica son competentes, empáticos y respetuosos con sus necesidades. La buena relación, por otro lado, implica crear una conexión positiva a través del entendimiento mutuo y la comunicación eficaz. Juntas, la confianza y la buena relación ayudan a reducir la ansiedad, mejorar la satisfacción del paciente y fomentar la participación activa en las decisiones sobre la atención médica.

Desafíos en entornos multiculturales

Generar confianza en contextos multiculturales presenta retos únicos. Entre ellos se pueden incluir:

- **Barreras lingüísticas:** el dominio limitado del idioma dominante puede dificultar la comunicación clara y dar lugar a malentendidos.



- **Diferencias culturales:** Las variaciones en los valores, las creencias y las prácticas pueden afectar a la percepción de la enfermedad, el tratamiento y los profesionales sanitarios.
- **Experiencias pasadas:** Los pacientes de comunidades marginadas o minoritarias pueden tener antecedentes de desconfianza hacia los sistemas médicos debido a la discriminación o al trato desigual.

Para superar estos retos, los profesionales sanitarios deben adoptar estrategias de comunicación sensibles a las diferencias culturales.

Estrategias para generar confianza y establecer una buena relación

Para generar confianza y establecer una buena relación en entornos sanitarios multiculturales se requiere competencia cultural, empatía, escucha activa y una comunicación clara. Superar retos como las barreras lingüísticas y las diferencias culturales es fundamental para crear una experiencia positiva para el paciente. Al desarrollar estas habilidades y poner en práctica estrategias de comunicación eficaces, los profesionales sanitarios pueden garantizar una atención equitativa y compasiva a todos los pacientes, independientemente de su origen.

9.3.6. El uso de la tecnología para apoyar la comunicación en la atención sanitaria multicultural

La tecnología ha revolucionado la comunicación en el ámbito sanitario, haciendo posible la conexión con pacientes de distintos orígenes lingüísticos y culturales. Herramientas como las aplicaciones móviles, las videoconferencias y los registros

Prácticas recomendadas para el uso de la tecnología en la comunicación multicultural

Para maximizar los beneficios de la tecnología, los profesionales de la salud deben seguir estas mejores prácticas:

- **Combinar la tecnología con la interacción humana:** utilizar aplicaciones de traducción y servicios de telesalud como complemento a los intérpretes profesionales y al personal con formación cultural.
- **Pruebe y valide las herramientas:** evalúe periódicamente la precisión y la fiabilidad de la tecnología para garantizar que cumple con los estándares de comunicación médica.
- **Impartir formación:** formar a los profesionales sanitarios y a los pacientes en el uso eficaz de las tecnologías de la comunicación.
- **Centrarse en la accesibilidad:** elegir herramientas que sean fáciles de usar, compatibles con varios idiomas y accesibles para pacientes con distintos niveles de alfabetización digital.
- **Mantener la competencia cultural:** Asegúrese de que la tecnología apoya, en lugar de sustituir, la necesidad de una comunicación empática y sensible a las diferencias culturales.

clínicos electrónicos (RME) no solo mejoran la comunicación, sino que también ayudan a los profesionales sanitarios a proporcionar una atención adecuada a cada cultura. En entornos multiculturales, la tecnología puede:

- Facilitar la traducción simultánea.
- Proporcionar ayudas visuales para explicar conceptos médicos.
- Mejorar la educación de los pacientes con materiales accesibles y culturalmente relevantes.

Tecnologías clave que respaldan la comunicación multicultural

Existen varias tecnologías que los profesionales sanitarios pueden utilizar para superar las barreras de comunicación en entornos multiculturales:

- Aplicaciones de traducción e interpretación:
 - Aplicaciones como Google Translate, MediBabble y Care to Translate están diseñadas para uso médico y ayudan a los profesionales sanitarios a traducir términos y frases médicas.
 - Aunque estas herramientas son útiles, es importante validar las traducciones, especialmente cuando se trata de información médica compleja o sensible.
- Plataformas de telesalud:
 - Los servicios de telesalud suelen incluir funciones de interpretación integradas, lo que permite a los pacientes y a los proveedores comunicarse a través de intérpretes en directo o subtítulos en vídeo.
 - Las consultas por vídeo con intérpretes culturalmente compatibles pueden mejorar la comodidad y la confianza de los pacientes.
- Historiales clínicos electrónicos (HCE):
 - Los sistemas HCE pueden almacenar las preferencias de los pacientes, incluyendo el idioma, las consideraciones culturales y las creencias religiosas, lo que permite a los proveedores adaptar su enfoque de atención.
 - Estos sistemas también pueden integrar herramientas de apoyo a la toma de decisiones que recomiendan prácticas de atención sensibles a las diferencias culturales.
- Herramientas de educación para pacientes: Las plataformas multimedia, como vídeos, infografías y software interactivo, ayudan a explicar los procedimientos médicos, los diagnósticos y los tratamientos en el idioma preferido del paciente y en un contexto culturalmente adecuado.
- Dispositivos portátiles y aplicaciones de salud: los dispositivos que registran parámetros de salud, combinados con aplicaciones multilingües, pueden ayudar a pacientes de diversos orígenes a controlar enfermedades crónicas mientras reciben avisos e información en su propio idioma.

Ventajas de la tecnología en la comunicación multicultural

El uso de la tecnología para facilitar la comunicación ofrece varias ventajas en la asistencia sanitaria multicultural:



Fig. 12. Componentes de la toma de decisiones compartida

- Mejora de la comprensión del paciente: los pacientes comprenden mejor su diagnóstico y sus planes de tratamiento cuando la información se les proporciona en su idioma nativo.
- Mayor eficiencia: la tecnología reduce el tiempo dedicado a resolver malentendidos y mejora la eficiencia del flujo de trabajo.
- Mayor implicación del paciente: Las herramientas culturalmente relevantes y específicas para cada idioma animan a los pacientes a participar activamente en su atención.
- Acceso equitativo: la tecnología permite a las comunidades desfavorecidas acceder a los servicios sanitarios, incluidas las que se encuentran en zonas remotas o rurales.

Retos y limitaciones

Si bien la tecnología ofrece ventajas significativas, no está exenta de retos:

- Precisión de las herramientas de traducción: Las aplicaciones de traducción automática no siempre proporcionan traducciones precisas, especialmente en el caso de la terminología médica compleja.
- Brecha digital: No todos los pacientes tienen acceso a Internet o se sienten cómodos utilizando dispositivos digitales, lo que crea disparidades en el acceso a la atención sanitaria.
- Preocupaciones sobre la privacidad: El uso de la tecnología en la asistencia sanitaria debe cumplir con estrictas normativas de privacidad y seguridad de los datos para proteger la información de los pacientes.
- Culturales: Incluso con herramientas de traducción, comunicación requiere interpretación y comprensión humanas.

9.3.7. Fomentar la toma de decisiones compartida en la comunicación sanitaria multicultural

La toma de decisiones compartida implica tres componentes esenciales: proporcionar al paciente información sobre su afección y las opciones de tratamiento, discutir los posibles riesgos y beneficios de cada opción e incorporar las preferencias del paciente en la decisión final.

Este enfoque colaborativo respeta la autonomía del paciente y garantiza que reciba apoyo para tomar decisiones acordes con sus valores y creencias culturales.

Barreras para la toma de decisiones compartida en contextos multiculturales

Pueden surgir varios retos a la hora de promover la Toma de Decisiones Compartida (TDC) en un entorno multicultural:

- **Barreras lingüísticas:** El dominio limitado del idioma local puede dificultar la comunicación eficaz. Los pacientes pueden tener dificultades para comprender los términos médicos o expresar sus preocupaciones, lo que puede dar lugar a malentendidos.
- **Alfabetización sanitaria:** Las diferencias en los niveles de alfabetización sanitaria entre los distintos grupos culturales pueden afectar a la capacidad de los pacientes para comprender información médica compleja, lo que dificulta la TDC.
- **Malentendidos culturales:** Las diferencias culturales en los estilos de comunicación, las señales no verbales y las actitudes hacia la autoridad pueden crear malentendidos o incomodidad durante las interacciones.
- **Sesgos implícitos:** Los sesgos inconscientes de los profesionales sanitarios pueden afectar a la forma en que presentan la información o se relacionan con pacientes de diferentes orígenes culturales.

Estrategias para fomentar la toma de decisiones compartida

Para abordar estos retos y promover la TDC (Toma de Decisiones Compartida), los profesionales sanitarios pueden adoptar las siguientes estrategias:

1. **Desarrollar la competencia cultural:** Desarrollar la conciencia y la comprensión cultural ayuda a los proveedores a reconocer y respetar los valores y creencias de los pacientes. Esto se puede lograr mediante la formación en competencia cultural y el aprendizaje continuo.
2. **Utilizar intérpretes y ayudas visuales:** Los intérpretes profesionales y las ayudas visuales culturalmente apropiadas pueden salvar las barreras lingüísticas y garantizar que los pacientes comprendan plenamente sus opciones.
3. **Simplificar la información médica:** presentar la información en un lenguaje sencillo, evitando el lenguaje técnico y utilizando metáforas o analogías que resuenen en el bagaje cultural del paciente puede mejorar la comprensión.

4. **Adoptar la escucha activa:** Demostrar empatía, hacer preguntas abiertas y permitir a los pacientes compartir sus pensamientos sin interrupciones fomenta la confianza y anima a participar.
5. **Involucrar a los familiares:** En culturas donde la familia desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones, involucrar a los familiares clave puede facilitar las conversaciones y respetar las normas culturales.
6. **Fomentar las preguntas y los comentarios:** Invitar activamente a los pacientes a hacer preguntas o expresar sus inquietudes crea un espacio seguro para el diálogo y ayuda a aclarar las dudas.
7. **Adaptar los enfoques de toma de decisiones:** La flexibilidad a la hora de adaptar los procesos de toma de decisiones para alinearlos con las expectativas culturales del paciente puede conducir a mejores resultados.

9.3.8. Abordar las barreras lingüísticas en la comunicación sanitaria multicultural

Las barreras lingüísticas pueden dar lugar a malentendidos entre los pacientes y los profesionales sanitarios, lo que puede provocar diagnósticos incorrectos, tratamientos inadecuados o un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas. Por ejemplo, un paciente que no comprende completamente las instrucciones de un médico puede, sin querer, administrarse mal la medicación. Además, la incapacidad de comunicarse de forma eficaz puede hacer que los pacientes se sientan alienados o desatendidos, lo que socava la confianza en el sistema sanitario. Esto pone de relieve la necesidad de estrategias para salvar las barreras comunicativas.

Estrategias para superar las barreras lingüísticas

1. Uso de intérpretes médicos profesionales

Los intérpretes profesionales desempeñan un papel fundamental a la hora de facilitar una comunicación precisa entre los profesionales sanitarios y los pacientes que hablan idiomas diferentes. A diferencia de los familiares o amigos, los intérpretes están capacitados para mantener la confidencialidad, evitar sesgos personales y comprender la terminología médica. El empleo de intérpretes garantiza que los pacientes reciban información precisa sobre su estado y su tratamiento.

Sin embargo, es importante garantizar la disponibilidad de intérpretes en varios idiomas y en tiempo real, ya que los retrasos pueden afectar a la toma de decisiones críticas.

2. Traducción de materiales escritos

Proporcionar versiones traducidas de los formularios de consentimiento, los materiales educativos para los pacientes y las instrucciones de los medicamentos puede ayudar a los pacientes a comprender mejor sus planes de tratamiento. Estos materiales deben estar redactados en un lenguaje sencillo y adaptados a la cultura local para garantizar su claridad y relevancia. El uso de ayudas visuales, como diagramas e ilustraciones, puede mejorar aún más la comprensión de los pacientes con un nivel limitado de alfabetización en su lengua materna.

3. Formación de los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios deben recibir formación en comunicación intercultural y en las habilidades lingüísticas básicas pertinentes para la población de pacientes a la que atienden. Aunque no siempre es posible dominar varios idiomas, aprender frases clave o términos médicos en idiomas comunes puede fomentar una mejor relación con los pacientes. Además, los programas de formación deben hacer hincapié en las habilidades de escucha activa y en las técnicas de comunicación no verbal, como mantener el contacto visual y utilizar gestos para aclarar la información.

Compromiso con el diálogo y la colaboración

- *Enfoques dialógicos: El papel de la comunicación abierta y bidireccional en la comprensión de perspectivas diversas.*
- *Prácticas colaborativas:*
 - *Involucrar a las partes interesadas en los procesos de toma de decisiones.*
 - *Crear conjuntamente soluciones que respeten e integren los valores culturales.*
- *Resolución de conflictos: Estrategias para gestionar los conflictos culturales a través de la mediación y el respeto mutuo.*

4. Aprovechar la tecnología

Los avances tecnológicos ofrecen soluciones innovadoras para superar las barreras lingüísticas. Las aplicaciones y dispositivos de traducción lingüística pueden proporcionar traducciones en tiempo real, lo que ayuda a los profesionales sanitarios a comunicarse con los pacientes. Sin embargo, estas herramientas deben utilizarse con precaución, ya que las traducciones automáticas pueden carecer de precisión contextual. Los servicios de intérpretes virtuales, accesibles a través de videollamadas, son otra opción eficaz para superar los retos lingüísticos en el ámbito sanitario.

5. Fomentar la participación de la comunidad

Establecer asociaciones con las comunidades locales puede ayudar a las instituciones sanitarias a comprender mejor las necesidades lingüísticas y culturales de sus pacientes. La participación de los líderes y las organizaciones comunitarias puede facilitar el desarrollo de programas de promoción de la salud adaptados a la cultura y proporcionar información para superar retos específicos relacionados con el idioma.

9.3.9. Proporcionar empatía y apoyo emocional en la comunicación sanitaria multicultural

La empatía implica reconocer, comprender y compartir los sentimientos de otra persona. En un contexto multicultural, requiere que los profesionales sanitarios vayan más allá de sus propios marcos culturales y aprecien las perspectivas y experiencias de pacientes de diversos orígenes. Este proceso incluye reconocer los factores culturales que influyen en las emociones de un paciente, como sus creencias sobre la salud, la dinámica familiar y las expresiones de angustia. Por ejemplo, algunas culturas pueden considerar la enfermedad como un problema comunitario en lugar de un problema individual, lo que requiere que los profesionales sanitarios se



involucren con los familiares como parte del proceso de atención. Del mismo modo, ciertas culturas pueden expresar el malestar emocional de forma no verbal o minimizar sus síntomas para no parecer una carga. Reconocer estos matices culturales es fundamental para proporcionar una atención empática y eficaz.

Estrategias para demostrar empatía y apoyo emocional

1. **Escucha activa** (véase el capítulo: Escucha activa en un contexto multicultural para profesionales sanitarios)
2. **Comunicación no verbal** (véase el capítulo: Comunicación no verbal en entornos sanitarios multiculturales)
3. **Sensibilidad cultural en las respuestas emocionales**

Las normas culturales influyen en la forma en que las personas expresan e interpretan las emociones, lo que puede afectar a las interacciones entre pacientes y profesionales sanitarios. Ser sensible a estas diferencias culturales ayuda a garantizar que los pacientes se sientan comprendidos y respetados. En algunas culturas se fomenta la expresión abierta de las emociones, mientras que en otras se considera inapropiada o un signo de debilidad. Reconocer estas diferencias permite a los profesionales sanitarios adaptar sus respuestas en consecuencia.

Por ejemplo, en lugar de asumir que el silencio indica indiferencia, frases como «Quiero asegurarme de que entiendo cómo se siente» o «Puede compartir tanto o tan poco como le resulte cómodo» demuestran empatía y respetan las normas culturales.

4. Validar las emociones

Los pacientes pueden sentirse vulnerables o ansiosos, especialmente cuando se enfrentan a sistemas sanitarios desconocidos o a enfermedades graves. Validar sus emociones, es decir, reconocer sus miedos, frustraciones o tristeza sin juzgarlos, puede ayudar a reducir su estrés.

Frases como «Es comprensible que se sienta así» o «Entiendo que esto le resulte molesto» muestran empatía y tranquilizan al paciente, haciéndole saber que sus emociones son normales y aceptables.

5. Proporcionar apoyo emocional culturalmente adecuado

El apoyo emocional debe estar en consonancia con los valores y creencias culturales del paciente. Por ejemplo, en culturas colectivistas, involucrar a los familiares en las conversaciones sobre los cuidados puede proporcionar un importante consuelo emocional. Por el contrario, en culturas donde se valora mucho la privacidad, puede ser más adecuado ofrecer conversaciones individuales en un entorno privado.

9.4. Compromiso con el diálogo y la colaboración en la comunicación sanitaria multicultural

La comunicación dialógica hace hincapié en las interacciones abiertas y bidireccionales en las que todas las partes escuchan activamente, comparten perspectivas y buscan el entendimiento mutuo. En la asistencia sanitaria, este enfoque va más allá de los mensajes tradicionales unilaterales y garantiza que los pacientes se sientan escuchados y respetados.

Principios de la comunicación dialógica: escucha activa, conciencia cultural, clarificación y reflexión

La colaboración en la atención sanitaria requiere la participación activa de todas las partes interesadas (pacientes, familias, cuidadores y profesionales sanitarios) en el proceso de toma de decisiones. Cuando se trata con poblaciones diversas, la colaboración debe integrar los valores culturales y respetar las preferencias individuales.

La participación de las partes interesadas en la toma de decisiones está condicionada por la participación inclusiva, la transparencia y la flexibilidad. La atención sanitaria colaborativa requiere **la creación conjunta de soluciones** que equilibren las mejores prácticas clínicas con los valores culturales. Este enfoque fomenta la responsabilidad compartida y garantiza que los planes de atención sean prácticos y culturalmente aceptables.

Los conflictos culturales en la asistencia sanitaria surgen cuando valores, creencias o prácticas diferentes dan lugar a malentendidos o desacuerdos. Las estrategias eficaces para la resolución de conflictos implican la mediación, la empatía y el respeto mutuo.

Estrategias para la resolución de conflictos:

- Comprender el problema principal
- Mediación
- Centrarse en los objetivos comunes
- Demostrar empatía y respeto

9.4.1. Enfoques dialógicos: el papel de la comunicación abierta y bidireccional en la atención sanitaria multicultural

La comunicación basada en el diálogo es una habilidad esencial en la atención sanitaria multicultural, ya que promueve interacciones abiertas y bidireccionales que priorizan la comprensión, la empatía y la colaboración. A diferencia de los intercambios tradicionales unilaterales, en los que el profesional sanitario domina la

conversación, los enfoques hacia el diálogo fomentan la participación activa tanto del paciente como del profesional. Esto fomenta la confianza y garantiza que se comprendan y respeten los valores, las creencias y las necesidades del paciente.

En entornos sanitarios multiculturales, donde las diferencias culturales, lingüísticas y sociales pueden crear barreras, la comunicación basada en diálogo es especialmente valiosa. Ayuda a salvar diferencias, mitigar malentendidos y apoyar la atención centrada en el paciente al permitir un diálogo significativo.

Principios de la comunicación basada en el diálogo

1. Escucha activa

- La escucha activa es la piedra angular de la comunicación basada en el diálogo y requiere que el profesional sanitario se centre plenamente en las palabras, las emociones y las señales no verbales del paciente.
- **Qué implica:** Escuchar sin interrumpir, mantener el contacto visual (cuando sea culturalmente apropiado) y reconocer la perspectiva del paciente.
- **Ventajas:** Este enfoque ayuda a los pacientes a sentirse valorados y comprendidos, lo que les anima a compartir más abiertamente sus preocupaciones y experiencias.
- **Ejemplo:** Un paciente puede describir un síntoma utilizando términos o metáforas específicos de su cultura. La escucha activa permite al profesional sanitario reconocer el significado subyacente y hacer preguntas de seguimiento para aclararlo.

2. Conciencia cultural

- La conciencia cultural garantiza que la comunicación basada en el diálogo sea sensible a los valores culturales, las creencias y las normas de comunicación del paciente.
- **Qué implica:** Comprender que las diferentes culturas tienen diversas formas de expresar emociones, hacer preguntas o discutir temas relacionados con la salud. Los profesionales sanitarios deben adaptar su estilo de comunicación para alinearse con el contexto cultural del paciente.
- **Ventajas:** La conciencia cultural minimiza los malentendidos y ayuda a establecer una buena relación, especialmente en situaciones en las que las normas culturales pueden influir en la toma de decisiones o la franqueza del paciente.
- **Ejemplo:** En algunas culturas, los pacientes pueden evitar mostrar su desacuerdo directamente con figuras de autoridad como los médicos, enfermeros, fisioterapeutas. Consciente de ello, el profesional sanitario puede formular preguntas abiertas como «¿Qué opina sobre este plan de tratamiento?», en lugar de buscar un acuerdo directo.

3. Aclaración y reflexión

- La aclaración y la reflexión consisten en resumir y parafrasear las palabras del paciente para garantizar el entendimiento mutuo.

- **Qué implica:** Hacer preguntas aclaratorias y reflejar lo que ha dicho el paciente para confirmar la exactitud. Por ejemplo: «Si he entendido bien, usted dice que el dolor empeora después de las comidas. ¿Es así?».
- **Ventajas:** Este proceso evita malentendidos, especialmente cuando las barreras lingüísticas o las diferencias culturales pueden oscurecer el significado. También demuestra al paciente que se toman en serio sus preocupaciones.
- **Ejemplo:** Los pacientes con un bagaje lingüístico diferente pueden utilizar expresiones o modismos que el profesional sanitario no conoce. Reflexionar sobre sus afirmaciones ayuda a ambas partes a alinear su comprensión.

Estrategias para implementar la comunicación dialógica

1. Fomentar la participación del paciente

- Haga preguntas abiertas para invitar al paciente a compartir sus experiencias y preocupaciones.
- Ejemplo: «¿Puede contarme más sobre cómo esta afección está afectando su *vida cotidiana*?».

2. Adaptar los estilos de comunicación

- Modifique su tono, ritmo y vocabulario para adaptarse al nivel de competencia lingüística y las normas culturales del paciente. Evite el lenguaje técnico y utilice ayudas visuales o traductores cuando sea necesario.

3. Genere confianza y empatía

- Muestre un interés genuino por la perspectiva del paciente. Reconozca sus emociones y haga hincapié en la colaboración en el proceso de toma de decisiones.

4. Involucrar a los familiares cuando sea apropiado

- En muchas culturas, las decisiones sobre la atención médica involucran a los familiares. Involucrarlos en el diálogo puede mejorar la comprensión y apoyar la comodidad y la toma de decisiones del paciente.

5. Proporcione comentarios continuos

- Haga saber al paciente que se valora su opinión. Utilice un lenguaje y gestos afirmativos para mostrar su agradecimiento por su franqueza.

Retos y soluciones en entornos multiculturales

- **Barreras lingüísticas:** Utilice intérpretes profesionales o herramientas de traducción para garantizar una comunicación clara
- **Malentendidos culturales:** Infórmese continuamente sobre las prácticas y normas culturales para evitar estereotipos y prejuicios
- **Reticencia del paciente:** Cree un entorno seguro donde los pacientes se sientan empoderados para compartir sus ideas sin temor ser juzgados ni malinterpretados

9.4.2. Prácticas colaborativas en la atención sanitaria multicultural

La colaboración en la atención sanitaria es esencial para proporcionar una atención centrada en el paciente, especialmente en contextos multiculturales. Implica la participación activa de todas las partes interesadas (pacientes, familias, cuidadores y profesionales sanitarios) en la toma de decisiones sobre el tratamiento y la atención. Para que esta colaboración tenga éxito en poblaciones diversas, los profesionales sanitarios deben integrar los valores culturales, respetar las preferencias individuales y ser sensibles a las necesidades únicas de cada persona. Al fomentar un enfoque basado en la colaboración, los profesionales sanitarios pueden garantizar mejores resultados, una mayor confianza y satisfacción de los pacientes.

Participación de las partes interesadas en la toma de decisiones

La colaboración eficaz en la atención sanitaria multicultural comienza con la participación activa de todas las partes interesadas en el proceso de toma de decisiones. Esto garantiza que los planes de atención sean clínicamente eficaces y culturalmente adecuados.

1. Participación inclusiva

La participación inclusiva significa involucrar a todas las partes relevantes en las discusiones sobre la atención médica. Los pacientes y sus familias deben sentirse empoderados para expresar sus preferencias, creencias culturales y preocupaciones. Por ejemplo, en algunas culturas, los familiares desempeñan un papel importante en la toma de decisiones y excluirlos puede generar desconfianza o incumplimiento de los planes de tratamiento. Fomentar el diálogo abierto y escuchar activamente las perspectivas de todas las partes interesadas puede salvar las diferencias culturales y fomentar un sentido de responsabilidad compartida en la atención.

2. Transparencia

La transparencia es la piedra angular de una colaboración eficaz. Los profesionales sanitarios deben comunicarse de forma abierta y clara, asegurándose de que los pacientes comprenden sus diagnósticos, las opciones de tratamiento y los riesgos y beneficios que estos conllevan. En entornos multiculturales, es fundamental tener en cuenta las diferencias lingüísticas y los niveles de alfabetización. El uso de intérpretes, ayudas visuales y un lenguaje sencillo puede mejorar la comprensión y ayudar a los pacientes a sentirse más seguros de sus decisiones.

3. Flexibilidad

La flexibilidad es esencial cuando se trabaja con poblaciones diversas. Las normas y valores culturales pueden influir significativamente en las decisiones sanitarias. Por ejemplo, algunos pacientes pueden preferir la medicina alternativa o los enfoques holísticos a los tratamientos convencionales. En lugar de descartar estas preferencias, los profesionales sanitarios deben adoptar un enfoque flexible que incorpore estos métodos cuando sea seguro y viable. Esta adaptabilidad no solo respeta los antecedentes culturales del paciente, sino que también refuerza la relación terapéutica.

Creación conjunta de soluciones

La atención sanitaria colaborativa implica la creación conjunta de soluciones que equilibren las mejores prácticas clínicas con los valores culturales. Este enfoque fomenta la responsabilidad compartida y garantiza que los planes de atención sean prácticos, aceptables y sensibles a las diferencias culturales.

1. Combinar las prácticas clínicas con los valores culturales

La creación conjunta de soluciones significa encontrar un término medio entre las prácticas médicas basadas en la evidencia y las creencias culturales del paciente. Por ejemplo, un paciente procedente de una cultura que valora los remedios herbales puede sentirse más cómodo incorporando estos remedios en su plan de cuidados junto con los medicamentos recetados. En tales casos, los profesionales sanitarios pueden informar al paciente sobre las posibles interacciones o riesgos, respetando al mismo tiempo sus preferencias.

2. Aprovechar los equipos multidisciplinarios

En la atención sanitaria multicultural, un enfoque multidisciplinar puede mejorar la colaboración y los resultados. Los equipos que incluyen médicos, enfermeros, trabajadores sociales, mediadores culturales e intérpretes pueden abordar las diversas necesidades de los pacientes de forma más eficaz. Por ejemplo, un mediador cultural puede aportar información sobre los antecedentes culturales de un paciente, lo que ayuda al equipo a desarrollar un plan de cuidados que se ajuste a sus valores.

3. Fomentar la confianza y el respeto mutuo

La confianza es la base de cualquier relación colaborativa. Los profesionales sanitarios pueden generar confianza mostrando empatía, sin juzgar y validando las preocupaciones del paciente. El respeto mutuo garantiza que los pacientes se sientan valorados y comprendidos, lo que conduce a un mejor cumplimiento de los planes de tratamiento y a una alianza terapéutica más sólida.

9.4.3. Resolución de conflictos: gestión de los conflictos culturales en la asistencia sanitaria

La diversidad cultural en la atención sanitaria es tanto una fortaleza como un reto. Si bien enriquece el entorno sanitario al aportar diferentes perspectivas y prácticas, también puede dar lugar a malentendidos, tensiones o conflictos abiertos. Los conflictos culturales suelen surgir cuando los pacientes, las familias o los profesionales sanitarios tienen valores, creencias o prácticas diferentes. Para los profesionales sanitarios, gestionar eficazmente estos conflictos es fundamental para garantizar una atención de calidad, mantener la confianza y promover un entorno inclusivo. En esta subsección se describen estrategias para la resolución de conflictos en la comunicación sanitaria multicultural, haciendo hincapié en la comprensión, la mediación, los objetivos comunes, la empatía y el respeto.

Comprender la causa fundamental de los conflictos culturales

El primer paso para resolver cualquier conflicto es identificar su causa raíz. Los conflictos culturales en la atención sanitaria suelen derivarse de diferencias en los estilos de comunicación, las expectativas en materia de atención sanitaria, las creencias religiosas o las prácticas tradicionales. Por ejemplo, un paciente procedente de una cultura que valora la medicina holística podría mostrarse reacio a aceptar un enfoque puramente biomédico. Del mismo modo, un profesional sanitario podría malinterpretar el silencio o las señales no verbales de un paciente como desinterés, cuando en realidad podrían reflejar simplemente las normas culturales de deferencia.

Pasos para comprender la causa raíz:

- *Escucha activa:* permita a todas las partes implicadas expresar sus puntos de vista sin interrupciones. La escucha activa ayuda a descubrir los problemas subyacentes y demuestra respeto por los diferentes puntos de vista.
- *Conciencia cultural:* Infórmese sobre los antecedentes culturales de las comunidades a las que presta servicio. Comprender las creencias o prácticas comunes puede ayudarle a anticipar y abordar posibles conflictos.
- *Preguntas abiertas:* Haga preguntas que animen a los pacientes o compañeros de trabajo a compartir sus pensamientos y sentimientos. Por ejemplo, en lugar de decir «¿Por qué no toma este medicamento?», pregunte «¿Puede decirme qué le preocupa de este *tratamiento*?».

Al comprender la causa raíz, los profesionales sanitarios pueden evitar hacer suposiciones y abordar el conflicto con mayor claridad y sensibilidad cultural.

Mediación: salvar las diferencias mediante la facilitación neutral

La mediación es un enfoque colaborativo para la resolución de conflictos que implica a un tercero neutral que facilita el diálogo entre las partes en conflicto. En el ámbito sanitario, podría tratarse de un mediador cultural, un intérprete o incluso un miembro del personal de confianza con formación en resolución de conflictos.

Pasos para una mediación eficaz:

- *Crear un entorno seguro:* Asegurarse de que todas las partes se sientan escuchadas y respetadas. Elegir un espacio neutral y privado donde los participantes puedan expresar sus preocupaciones sin temor a ser juzgados.
- *Aclarar malentendidos:* Anime a cada parte a explicar su punto de vista e identifique cualquier malentendido o suposición errónea. Por ejemplo, si una familia insiste en ciertos rituales durante el cuidado de un paciente, el mediador puede ayudar al equipo sanitario a comprender el significado cultural o espiritual de estas prácticas.
- *Buscar un compromiso:* El mediador facilita las conversaciones para encontrar soluciones aceptables para todas las partes. Esto puede implicar ajustar los planes de tratamiento para adaptarlos a las prácticas culturales o informar a los pacientes y sus familias sobre los protocolos médicos.

La mediación ayuda a salvar las diferencias culturales fomentando el entendimiento mutuo y colaboración. Reduce la hostilidad y crea un sentido de responsabilidad compartida para resolver el conflicto.

Centrarse en los objetivos comunes

En el ámbito sanitario, el objetivo es el bienestar del paciente. Los conflictos suelen agravarse porque las partes implicadas se centran en sus diferencias en lugar de en sus objetivos comunes. Reorientar la conversación hacia los objetivos comunes puede ayudar a reducir las tensiones y fomentar la colaboración.

Pasos para centrarse en los objetivos comunes:

- *Definir objetivos comunes:* recordar a todos los implicados que el objetivo principal es garantizar la salud y la seguridad del paciente. Destacar cómo el trabajo en equipo puede conducir a mejores resultados.
- *Haga hincapié en el trabajo en equipo:* plantee la situación como un esfuerzo de equipo en el que la aportación de cada persona es valiosa. Esto cambia el enfoque de «nosotros contra ellos» a «nosotros».
- *Establezca expectativas claras:* Establezca pasos claros y alcanzables para resolver el conflicto. Por ejemplo, si un paciente se niega a someterse a un determinado procedimiento debido a creencias culturales, discuta tratamientos alternativos que se ajusten a sus valores y cumplan al mismo tiempo los requisitos médicos.

Al concentrarse en los objetivos comunes, los profesionales sanitarios pueden re-dirigir la energía del conflicto hacia la resolución constructiva de los problemas.

Demostrar empatía y respeto

La empatía y el respeto son fundamentales para la resolución de conflictos. Ayudan a generar confianza y a crear un entorno en el que las personas se sienten valoradas, independientemente de las diferencias culturales. Demostrar empatía implica comprender y validar los sentimientos de otra persona, mientras que el respeto reconoce su dignidad y su valor.

Cómo demostrar empatía y respeto:

- *Reconozca las emociones:* Reconozca y valide las emociones de las personas involucradas. Por ejemplo, diga: «Entiendo que esta situación es muy importante para usted y quiero trabajar con usted para encontrar una solución».
- *Adapta tu estilo de comunicación:* presta atención a las señales verbales y no verbales que reflejan las normas culturales. Por ejemplo, algunas culturas prefieren la comunicación indirecta, mientras que otras valoran la franqueza.
- *Respete las prácticas culturales:* aunque no pueda adaptarse completamente a una práctica cultural, mostrar disposición a comprenderla e integrarla en la medida de lo posible demuestra respeto. Por ejemplo, permitir que los fa-

miliares estén presentes durante rituales específicos puede hacer que los pacientes se sientan apoyados.

- **Evita juzgar:** Aborda los conflictos con curiosidad y apertura, en lugar de juzgar. Reemplaza preguntas como «¿Por qué harías eso?» por «¿Puedes ayudarme a entender tu punto de vista?».

La empatía y el respeto ayudan a calmar los conflictos al fomentar un sentido de conexión y comprensión mutua.

Puntos clave para los profesionales de la salud

- *La competencia cultural es esencial: infórmese sobre los antecedentes culturales de sus pacientes para anticipar posibles conflictos.*
- *La comunicación es clave: una comunicación eficaz requiere escuchar activamente, formular preguntas abiertas y tener conciencia cultural.*
- *La colaboración da resultados: Involucre a los pacientes, las familias y los colegas como socios en la atención, haciendo hincapié en los objetivos comunes y el respeto mutuo.*
- *La empatía y el respeto generan confianza: demostrar un interés y una comprensión sinceros sienta las bases para resolver los conflictos de forma constructiva.*
- *La adaptabilidad es crucial: sea flexible en su enfoque y busque soluciones creativas para satisfacer tanto las necesidades de salud como las culturales.*



Ejemplos prácticos de resolución de conflictos culturales en la asistencia sanitaria

Caso 1: Creencias religiosas y tratamiento médico

Un paciente se niega a recibir una transfusión de sangre por motivos religiosos. El profesional sanitario considera que la transfusión es necesaria para salvar la vida del paciente.

Resolución: El profesional sanitario consulta a un mediador para facilitar el diálogo. Juntos, exploran tratamientos alternativos, como la cirugía sin sangre o el uso de sustitutos sanguíneos, alineando la atención médica con las creencias del paciente.

Caso 2: Participación de la familia en la toma de decisiones

Un profesional sanitario insiste en hablar directamente con el paciente sobre su estado, pero la cultura del paciente da prioridad a la participación de la familia en las decisiones médicas.

Resolución: El profesional sanitario adapta su enfoque, incluyendo a la familia en las discusiones y asegurándose de que se respete la autonomía del paciente. Hacen hincapié en los objetivos comunes para equilibrar las preferencias culturales con las prácticas médicas éticas.

Caso 3: Prácticas curativas tradicionales

Un paciente utiliza remedios tradicionales que el profesional sanitario teme que puedan interferir con los medicamentos recetados.

Resolución: El profesional sanitario analiza los remedios tradicionales del paciente y le informa sobre las posibles interacciones, buscando un compromiso que incorpore elementos seguros de las prácticas tradicionales junto con el tratamiento actual.

Referencias

- Aceto, G., Persico, V., & Pescapè, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: Taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 107, 125–154.
- American Medical Association. (2021). How should clinicians respond to language barriers that exacerbate health inequity? *AMA Journal of Ethics*, 23(2), E117–E124.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination*. University of Texas Press.
- Brownell, J. (2012). *Listening: Attitudes, principles, and skills*. Pearson.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Scribner.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health-care services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). *Hacia un sistema de atención culturalmente competente, Volumen I*.
- Washington, DC: Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Georgetown, Centro de Asistencia Técnica CASSP
- Deutsch, M., Coleman, P. T., & Marcus, E. C. (2011). *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*. Jossey-Bass.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231.
- Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass.
- Gudykunst, W. B. (2003). *Cross-cultural and intercultural communication*. Sage Publications.
- Gudykunst, W. B. (2005). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. In W. B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing about intercultural communication* (pp. 281–322). Sage.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. Anchor Books.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. Doubleday.
- Neuliep, J. W. (2020). *Intercultural communication: A contextual approach*. Sage.
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420–445.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.
- Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2017). *Communication between cultures*. Cengage Learning.
- Schwei, R. J., Del Pozo, S., Aggar-Gupta, N., Alvarado-Little, W., & Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36–44.
- Ting-Toomey, S., & Chung, L. C. (2012). *Understanding intercultural communication*. Oxford University Press.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449–463.

Reflexión final: La comunicación y la colaboración multicultural a través del prisma del modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo muestra que la comunicación y la colaboración eficaces dentro de equipos multiculturales no son solo habilidades prácticas, sino también **componentes esenciales de la competencia cultural**, en plena consonancia con el modelo EMPOWER. Sus valores fundamentales —**multiculturalismo, profesionalidad, eficacia, bienestar y recursos educativos**— son especialmente visibles a lo largo de todo el capítulo.

Conceptos como **la escucha activa, la empatía, la comunicación basada en el diálogo, la resolución de conflictos y la inclusión** de las perspectivas diversas de los pacientes reflejan el énfasis de EMPOWER en **el respeto mutuo, el compromiso y la inclusión**. El capítulo ofrece estrategias prácticas para superar las barreras lingüísticas, los estereotipos y la falta de comunicación no verbal, aspectos fundamentales para **una prestación de asistencia sanitaria segura y eficaz**.

También destaca el papel de **la tecnología y la educación** en el fomento del diálogo y **la colaboración con los pacientes**, en consonancia con el pilar **de los recursos educativos**. El capítulo promueve además una **identidad profesional empática y culturalmente consciente**, en consonancia con el enfoque de EMPOWER en **la profesionalidad reflexiva**.

El capítulo apoya firmemente la implementación del modelo EMPOWER en la práctica, demostrando que **la comunicación multicultural es la base de una atención sanitaria eficaz, ética y equitativa**.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 10

La influencia de los factores culturales en las actitudes hacia la salud y la enfermedad

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Universidad Nacional de Medicina Ivan Horbachevsky de Ternopil,
Ministerio de Salud de Ucrania (Ucrania)*

“

La salud es tan superior a todos los
demás bienes que un mendigo sano es más
feliz que un rey enfermo.

— Arthur Schopenhauer

10.1. Introducción

La salud es la primera y más importante necesidad humana, ya que determina la capacidad de una persona para trabajar y garantiza el desarrollo armonioso del individuo. Es el requisito previo más importante para la cognición del mundo que nos rodea, para la autoafirmación y la felicidad.

El concepto de salud como equilibrio entre los seres humanos y el medio ambiente, la unidad del cuerpo y el alma, y el origen natural de las enfermedades era la base de la percepción de la salud en la antigua Grecia. Conceptos similares existían en la medicina antigua de la India y China (Svalastog et al., 2017).

Hipócrates relacionó la salud con los factores ambientales y el estilo de vida. Creó el concepto de «salud positiva», que dependía de la constitución primaria de una persona (hoy en día se conoce como genética), la dieta y el ejercicio. Creía que una dieta adecuada y el ejercicio eran esenciales para la salud. Hipócrates creía que los cambios estacionales tenían un impacto significativo en la mente y el cuerpo humanos, causando enfermedades respiratorias en invierno y enfermedades digestivas en verano (Donev, 2019).

La Organización Mundial de la Salud ofrece la siguiente definición de salud: «La salud no es solo la ausencia de enfermedad o dolencia, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social. El disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, independientemente de su raza, religión, creencias políticas, situación económica o social» (Pyrko et al., 2022). Otra definición de «salud» es la unidad armoniosa de las cualidades biológicas, psicológicas y sociales que son causadas por influencias biológicas y sociales innatas y adquiridas. La estabilidad relativa del ecosistema biológico y la sostenibilidad de los recursos se consideran importantes predictores de la salud, cuya presencia permite a cada persona realizar su potencial de salud (Determinantes de la salud, 2024).

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- **Explorar perspectivas culturales:** Analizar cómo las creencias, prácticas y valores culturales influyen en las actitudes hacia la salud, la enfermedad y la toma de decisiones sobre la atención médica en diferentes poblaciones.
- **Definición de conceptos clave:** aclarar términos relacionados con los factores culturales y la salud, como «competencia cultural», «modelo de creencias sobre la salud» y «relativismo cultural», para proporcionar una comprensión básica del tema.
- **Identificar barreras culturales:** reconocer las barreras culturales que pueden afectar a las interacciones entre los pacientes y el personal médico y a los resultados sanitarios, incluidas las diferencias lingüísticas, las prácticas sanitarias tradicionales y el estigma asociado a determinadas enfermedades.

- **Hacer hincapié en la sensibilidad cultural:** Destacar la importancia de la sensibilidad y la conciencia cultural para prestar una asistencia sanitaria eficaz, fomentar la confianza y mejorar la participación de los pacientes y el cumplimiento del tratamiento.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- **Comprender las influencias culturales:** describir cómo los factores culturales moldean las percepciones, creencias y actitudes hacia la salud y la enfermedad, y cómo estas pueden variar entre diferentes poblaciones.
- **Definir términos clave:** Definir con precisión términos esenciales como «competencia cultural», «disparidades en la salud», «modelo de creencias sobre la salud», «factores que influyen en la salud», «niveles de salud», «percepción del cuerpo», «cultura corporal», «salud mental» y «percepción de la enfermedad» para mejorar la comprensión del contenido del capítulo.
- **Identificar barreras culturales:** Reconocer barreras culturales específicas que pueden afectar el acceso de las personas a la atención médica, las interacciones con los proveedores de atención médica y los resultados generales de salud.
- **Aplicar conocimientos culturales:** Explicar cómo aplicar los conocimientos adquiridos a partir de la comprensión de los factores culturales para desarrollar prácticas sanitarias culturalmente sensibles que respeten y se adapten a las diversas necesidades de los pacientes.

10.2. El concepto de salud y enfermedad en diferentes culturas

Factores de los que depende la salud:

- **Factores biológicos y físicos:** indicadores genéticos y bioquímicos, capacidades físicas y motoras, características anatómicas y funcionales de cada órgano, sistema y organismo en su conjunto, capacidad del cuerpo para desempeñar plenamente sus funciones biológicas y sociales. El mantenimiento de la salud física depende, en primer lugar, de un estilo de vida saludable y activo, la higiene del sueño, una nutrición de calidad, etc.
- **Factores psicológicos:** sentimientos, emociones, rasgos de personalidad, niveles de energía y vitalidad, temperamento, autoestima, resiliencia y motivación. La salud psicológica se refiere a la capacidad de lidiar con el estrés, una autoestima adecuada, el manejo de las emociones, una buena inmunidad y la responsabilidad. Cada uno de estos aspectos puede influir en el bienestar mental y general. El autocuidado psicológico puede mejorar el equilibrio y la resiliencia ante situaciones estresantes.
- **Factores sociales y económicos:** educación, entorno laboral, situación financiera, autosuficiencia y ocio y recreación. La interacción con el mundo y el entorno, así como las relaciones sociales, afectan al bienestar y a la salud en general.

- **Factores espirituales:** son una parte importante de la salud y pueden entenderse más allá de la definición clásica de religión. Es una sensación de formar parte de algo más holístico. Esto puede experimentarse a través de la conexión con la naturaleza, la religión o las tradiciones culturales. La conciencia humana, la mentalidad, la autoidentificación con la vida, la actitud hacia el sentido de la vida, la valoración de la realización de las propias capacidades y habilidades en el contexto de los propios ideales y visión del mundo: todo ello determina el estado de salud espiritual de un individuo (Preeti Rao, 2024).

La interconexión de estos componentes y su influencia mutua conforman el conjunto. Estado de salud. El equilibrio general ayuda a aumentar la resiliencia y la capacidad de respuesta ante factores adversos.

El bienestar abarca diversos aspectos de la vida humana:

- *El bienestar físico* es la buena salud física, la energía, el vigor y la capacidad de soportar la actividad física.
- *El bienestar psicológico* es el bienestar emocional, intelectual y espiritual, la capacidad de aprender y disfrutar del aprendizaje, la capacidad de analizar problemas y tomar decisiones informadas.
- *El bienestar emocional* es la capacidad de comprender los sentimientos (los propios y los de los demás), la capacidad de superar los reveses y gestionar el estrés.
- *El bienestar espiritual* es la conciencia del propósito y el significado de la vida, la percepción de los valores universales y la implicación en el patrimonio cultural de la propia nación, la sociedad y la humanidad.
- *El bienestar social* es la satisfacción con el estatus social y la calidad de las relaciones con los demás, la capacidad de comunicarse e interactuar eficazmente con las personas. El bienestar social depende de los factores económicos y de las relaciones con las unidades estructurales de la sociedad, como la familia y las organizaciones a través de las cuales se establecen los vínculos sociales (Chovhaniuk et al., 2023).

Niveles de salud

El sistema humano-salud-medioambiente define tres niveles de salud interrelacionados: público, grupal e individual:

- El primer nivel es *la salud pública*, que caracteriza el estado de salud de la población en su conjunto y revela un sistema integral de relaciones materiales y espirituales que existen en la sociedad.
- El segundo nivel es *la salud grupal*, que viene determinada por las características específicas de las actividades vitales de las personas que integran un determinado grupo laboral o familiar y por el entorno inmediato en el que viven sus miembros.
- El tercer nivel es el *nivel individual de salud*, que se forma tanto en las condiciones de la sociedad en su conjunto y del grupo, como sobre la base de las

características fisiológicas y mentales del individuo y el estilo de vida único que lleva cada persona.

Los niveles de salud de un individuo son estados dinámicos. Existen etapas intermedias entre el concepto teórico de «salud completa» y la enfermedad (Stolyarenko, 2016):

- **Absolutamente sano:** estado del cuerpo en el que todos los órganos y sistemas funcionan perfectamente (concepto teórico).
- **Prácticamente sano:** el cuerpo mantiene todos los indicadores dentro de la norma fisiológica. Es capaz de soportar cargas importantes y, gracias a sus reservas internas, se adapta rápidamente a los cambios del entorno.
- **La desadaptación (incapacidad de adaptación)** es un proceso psicológico o físico caracterizado por una alteración de la capacidad de una persona para adaptarse eficazmente a las condiciones ambientales externas, a situaciones sociales o personales. La mala adaptación se produce en respuesta a diversos factores estresantes o cambios en la vida, cuando no es posible desarrollar o mantener las estrategias de afrontamiento necesarias para mantener el equilibrio mental y una interacción satisfactoria con el entorno. Es una condición en la que, debido a la exposición prolongada a factores adversos, se altera el sistema de autorregulación del organismo, se acumulan sustancias tóxicas y disminuye la actividad del sistema inmunitario (Zhenshen Bao, 2022).
- **La preenfermedad («tercer estado»)** es una transición de la salud a la enfermedad, en la que se acumulan cambios inadaptados en el organismo humano, se produce una inmunodeficiencia y se altera el metabolismo. En esta fase, disminuye el umbral del dolor, aumenta la fatiga y el riesgo de enfermar. En este estado, el cuerpo gasta energía no en el trabajo creativo, sino en preservar la vida. En este estado, es posible restaurar un nivel más alto de salud, por regla general, movilizándolo las capacidades adaptativas del propio cuerpo (Salud y enfermedad: I. Historia del concepto, 2024).
- **La enfermedad** es un trastorno de las funciones vitales del organismo bajo la influencia de estímulos nocivos del entorno externo o interno, que reduce la capacidad de adaptación del cuerpo humano al entorno y, al mismo tiempo, moviliza sus defensas. La enfermedad se define generalmente como cualquier desviación perjudicial del estado estructural o funcional normal del organismo asociada a signos y síntomas específicos. Esta desviación altera el delicado equilibrio fisiológico, o homeostasis, del organismo (Burrows y Scarpelli, 2024). Comprender los factores subyacentes de la enfermedad es fundamental para un diagnóstico, tratamiento y prevención eficaces (Hansen, 2023). La etiología, el primer componente, describe las causas de una enfermedad, que pueden ser biológicas, ambientales o genéticas. Reconocer estas causas es esencial para un tratamiento adecuado y para tomar medidas preventivas. La patogénesis, el segundo componente, incluye la secuencia de acontecimientos que conducen al desarrollo de la enfermedad, centrándose en la interacción entre la predisposición genética, la exposición ambiental y las respuestas inmunitarias (Dave, 2023).

La salud de la población se evalúa mediante tres indicadores: el primero es la tasa de mortalidad infantil, el segundo es el número de días laborales perdidos por enfermedad y el tercero es la esperanza de vida.

Según estimaciones de la OMS, el impacto de la medicina en estos indicadores no supera el 10 %, el impacto de la herencia es del 20 %, el impacto del medio ambiente es del 19 % y el estilo de vida es el más importante, con un 51 % (Estadísticas sanitarias mundiales 2024: seguimiento de la salud para los ODS, Objetivos de Desarrollo Sostenible). Algunos de estos factores pueden ser influenciados totalmente por los seres humanos, otros solo parcialmente y sobre el resto no tenemos ninguna influencia.

Lograr una buena salud está estrechamente relacionado con los componentes individuales de la salud y depende de muchos factores. La relación entre la cultura y la salud es compleja y multifacética, ya que los factores culturales influyen en la forma en que las personas perciben la salud, la enfermedad y el bienestar. Las creencias, prácticas y valores culturales dan forma a los comportamientos relacionados con el mantenimiento, la prevención y el tratamiento de la salud, lo que pone de relieve la importancia de comprender cómo los contextos culturales afectan a los resultados de salud y a las prácticas médicas (fig. 12).

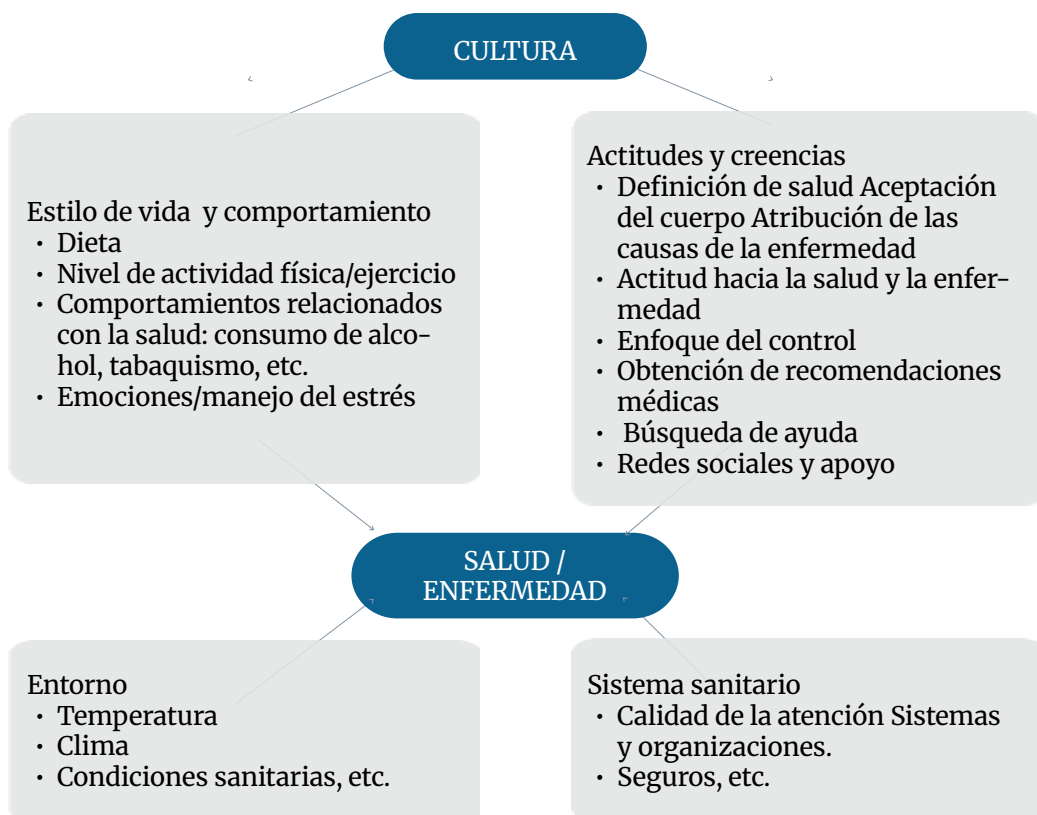


Fig. 12. Diagrama de las interconexiones entre cultura y salud

10.3. La percepción corporal en diferentes culturas

La imagen corporal es la representación mental que una persona tiene de su propio cuerpo, incluyendo la percepciones, pensamientos, sentimientos y actitudes que experimenta hacia su apariencia física, su tamaño, su forma y sus funciones corporales. Se trata de un concepto multidimensional que incluye la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo, la valoración del tamaño corporal y las actitudes emocionales hacia el propio cuerpo. La valoración se refiere al grado de satisfacción o insatisfacción que una persona tiene con su cuerpo; la inversión se refiere a los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales que son cruciales para la percepción de la imagen corporal (por ejemplo, la autopreservación) en la vida cotidiana. La autoestima negativa de la apariencia física o la insatisfacción corporal se correlaciona con una serie de trastornos de salud mental, entre los que se incluyen la baja autoestima, la depresión y los trastornos alimentarios (Monocello, 2022). Las normas y expectativas culturales tienen un impacto significativo en la percepción individual de la imagen corporal y su relación con la salud mental. La compleja relación entre las diferencias culturales, la imagen corporal y la salud mental se extiende más allá del individuo hasta el nivel social. Las consecuencias sociales pueden incluir angustia emocional, estilos de vida poco saludables y la importante carga económica que suponen los intentos de cambiar la apariencia (Perkins, Hayes y Talbot, 2021). El cuerpo no es solo un organismo vivo, sino que está moldeado por las expectativas sociales y representa un fenómeno construido socialmente, sujeto a ciertas normas sociales que se centran en los determinantes culturales de la imagen corporal. Las intervenciones adaptadas a la cultura han demostrado ser eficaces para mejorar la imagen corporal y el bienestar mental. Es esencial comprender la percepción del cuerpo a través del prisma de la cultura; apreciar las diferencias en la percepción de la imagen corporal entre culturas y vincular la cultura con la somática es fundamental para abordar las cuestiones relacionadas con la promoción del bienestar mental. A pesar de los avances en la comprensión de la relación entre la cultura y la imagen corporal, aún quedan muchos aspectos por explorar, especialmente en lo que se refiere a una comprensión más holística del impacto de la cultura en la imagen corporal. Mediante el examen de los ideales de belleza, las expectativas culturales, la internacionalización, las consecuencias de la insatisfacción corporal y los requisitos para intervenciones culturalmente sensibles, se ha intentado explorar y comprender la influencia y las manifestaciones de los determinantes culturales, como las normas sociales, los valores tradicionales y los estándares de belleza, en las percepciones de la imagen corporal.

Una búsqueda sistemática en las bases de datos científicas PubMed, Scopus y Web of Science reveló peculiaridades en la percepción de la imagen corporal en función del país de residencia. Independientemente del contexto cultural, existe una tendencia universal entre los jóvenes. Por ejemplo, las personas de entre 18 y 25 años se mostraban más preocupadas por su imagen corporal. Los adolescentes también muestran una marcada vulnerabilidad a los problemas de imagen corporal, que se ve agravada por el entorno cultural y social en el que viven. El género también

desempeña un papel importante en la vulnerabilidad a los problemas de imagen corporal. Las mujeres de diferentes culturas y países muestran una mayor tendencia a estar insatisfechas con su cuerpo que los hombres (Schaefer, et al., 2018). Esta diferencia de género es especialmente evidente en los estudios sobre adolescentes. Un análisis de la bibliografía ha demostrado que los problemas de imagen corporal no se limitan a las mujeres. Las investigaciones indican una creciente preocupación por la imagen corporal entre los adolescentes varones (Perkins, Hayes y Talbot, 2021; Whitbeck y Hoyt, 1999). Los problemas de aceptación de la imagen corporal afectan a personas de todo el mundo. Por ejemplo, estudios realizados en Japón, Finlandia, Argentina, Brasil, Estados Unidos, Tailandia y países africanos y árabes muestran que las normas culturales y las expectativas sociales tienen un impacto significativo en la percepción de la imagen corporal en estos diversos contextos (Schaefer et al., 2018). Los miembros de grupos minoritarios y étnicos se enfrentan a retos únicos en la percepción de la imagen corporal. Las investigaciones muestran que los adolescentes de determinados grupos étnicos, como los indo-trinitense y los afro-trinitense, muestran diversos grados de preocupación por la imagen corporal (Whitbeck y Hoyt, 1999). Los adolescentes estadounidenses tenían estereotipos más negativos sobre la obesidad que los adolescentes chinos, mediados por la atribución del peso y la idealización de la delgadez. (Abdoli et al., 2024) En Estados Unidos y los países europeos, existe una mayor prevalencia de la anorexia y la bulimia nerviosas, que a menudo se asocia con la internalización de los ideales de delgadez. Esto fue especialmente evidente en estudios centrados en poblaciones estadounidenses y británicas (Dinesh Bhugra y Susham Gupta, 2010).



La cultura corporal es la tradición del cuidado del cuerpo en diversas culturas, desde los rituales tribales y las prácticas higiénicas del mundo antiguo hasta sus equivalentes modernos. Esto incluye peinados y tatuajes, que tenían una gran importancia en la antigüedad, y movimientos rituales que más tarde se convirtieron en la base de la educación corporal. También cabe destacar que las comunidades etnonacionales tienen su propia cultura corporal. Estas prácticas culturales se centran en el cuerpo humano con el fin de transformar la subjetividad humana. La percepción del cuerpo puede ser diferente para cada persona. La cultura y la(s) cocultura(s) influyen en el comportamiento, los valores, las creencias, los patrones de pensamiento y las percepciones del entorno. Por lo tanto, las pertenencias culturales y coculturales basadas en la nacionalidad, la raza, el género, la orientación sexual, la clase, la capacidad y la edad influyen en las percepciones. Durante el proceso de socialización, se produce una internalización de las creencias, actitudes y valores que se comparten dentro de la cultura dominante y nuestros grupos coculturales. Los esquemas que tienen los miembros del grupo pueden ser similares o muy diferentes (Monocello, 2022).

10.4. La influencia de la cultura en la formación de creencias sobre la salud mental

Las creencias culturales pueden tener un impacto significativo en la salud mental y en el acceso de las personas a la atención sanitaria. Los miembros de minorías raciales y étnicas con problemas de salud mental son menos propensos a recibir un diagnóstico precoz debido al estigma cultural y a factores sociales (Misra, et al., 2021). Las influencias culturales y el estigma pueden impedir que las personas con problemas de salud mental hablen abiertamente de sus dificultades y busquen ayuda profesional. A diferencia de los síntomas físicos, los signos de un trastorno mental suelen ser más difíciles de reconocer y a menudo se confunden con cambios aleatorios de personalidad. El estigma cultural puede hacer aún más difícil que las personas describan sus síntomas y problemas a sus familiares y amigos. Vivir en un entorno que desalienta la discusión de los problemas de salud mental puede conducir a la autoestigmatización y a sentimientos de vergüenza o culpa internos. Afrontar problemas de salud mental sin un sistema de apoyo es una experiencia que aísla.

1. Culturas occidentales (por ejemplo, Estados Unidos, Canadá):

- **Percepción:** Los problemas de salud mental, como la depresión o la ansiedad, suelen considerarse afecciones médicas que requieren ayuda profesional. Buscar terapia o asesoramiento se considera un paso proactivo hacia el bienestar.
- **Notificación:** Las personas de estas culturas pueden ser más propensas a hablar abiertamente sobre sus problemas de salud mental con amigos, familiares y profesionales sanitarios, y pueden buscar ayuda de profesionales de la salud mental sin sentir estigma. (Asociación Americana de Psiquiatría (2013)).

2. Culturas de Asia Oriental (por ejemplo, China, Japón):

- Percepción: Los problemas de salud mental pueden considerarse una causa de vergüenza o debilidad. Existe un énfasis cultural en mantener la armonía y la imagen, lo que puede disuadir a las personas de reconocer sus problemas de salud mental.
- Notificación: Las personas pueden minimizar o evitar hablar de sus síntomas por miedo al estigma social, lo que lleva a una notificación insuficiente o a buscar formas alternativas de apoyo, como la orientación familiar o la medicina tradicional, en lugar de los servicios profesionales de salud mental (Kirmayer y Minas, 2000).

3. Culturas del sur de Asia (por ejemplo, India, Pakistán):

- Percepción: En algunas comunidades, los problemas de salud mental pueden interpretarse como resultado de fuerzas sobrenaturales o de una falta de fe. Puede existir una narrativa cultural que asocie los problemas de salud mental con la «mala suerte» o el karma.
- Notificación: Algunas personas pueden recurrir a líderes espirituales o religiosos en busca de ayuda en lugar de a profesionales de la salud mental, ya que ven los problemas de salud mental desde una perspectiva espiritual en lugar de médica (Ataullahjan, Janzen y McKenzie, 2016).

4. Culturas latinoamericanas (por ejemplo, México, Brasil):

- Percepción: En muchas culturas de América Latina, el concepto de «familismo» enfatiza la lealtad y el apoyo familiar. Los síntomas de salud mental pueden considerarse un problema colectivo de la familia en lugar de un problema individual.
- Notificación: Las personas pueden hablar de sus síntomas en el contexto familiar y recurrir a sus familiares en busca de apoyo, lo que puede llevar a una menor participación en los servicios formales de salud mental (Hinton y Nichols, 2008).

5. Culturas nativas americanas:

- Percepción: La salud mental puede entenderse a través del prisma de una relación comunitaria con la naturaleza, la espiritualidad y la salud holística. Los problemas de salud mental pueden considerarse una ruptura de la conexión de una persona con la comunidad y la cultura.
- Notificación: Las personas pueden preferir buscar ayuda de curanderos tradicionales o participar en rituales comunitarios en lugar de acceder a los servicios médicos convencionales (Whitbeck y Hoyt, 1999).

6. Reino Unido (Europa Occidental):

- Percepción: En el Reino Unido, los problemas de salud mental se reconocen cada vez más, pero sigue existiendo el estigma. Afecciones como la depresión pueden considerarse una debilidad personal y puede haber reticencia a buscar ayuda por miedo a ser juzgado.
- Notificación: Muchas personas pueden hablar inicialmente de sus síntomas con familiares o amigos antes de acudir a los servicios de salud mental, a menudo utilizando un lenguaje informal para describir sus sentimientos (Lewis, 2019).

7. Polonia (Europa Central):

- Percepción: En Polonia, tradicionalmente hay menos conciencia y aceptación de los problemas de salud mental. Trastornos como la depresión o la ansiedad se asocian a veces con el fracaso personal o se consideran negativos dentro de la comunidad.
- Notificación: Las personas pueden retrasar la búsqueda de ayuda hasta que los síntomas se agravan y, cuando acuden a los servicios sanitarios, suelen referir síntomas físicos en lugar de malestar emocional (Karam y Mneimneh, 2006).

8. Noruega (Escandinavia):

- Percepción: En Noruega, existe un debate más abierto en torno a la salud mental, pero aún pueden existir expectativas culturales en torno a la autosuficiencia, lo que puede llevar a las personas a restar importancia a sus dificultades.
- Notificación: Las personas pueden preferir hablar de sus experiencias en el contexto del crecimiento personal o la resiliencia, en lugar de enmarcarlas como un trastorno. (Sundal y Coyle, 2019).

9. España (Mediterráneo):

- Percepción: En España, existe una mezcla de creencias tradicionales y una comprensión moderna de la salud mental. Los síntomas pueden considerarse el resultado de presiones familiares o expectativas sociales.
- Notificación: Las personas pueden sentirse más inclinadas a hablar primero de sus problemas de salud mental en el ámbito familiar y pueden buscar apoyo informal de amigos o familiares antes de acudir a un profesional. (Vázquez y García, 2019).

10. Italia (mediterráneo):

- Percepción: El contexto cultural italiano suele enfatizar el apoyo familiar, y los problemas de salud mental pueden verse en el contexto de la dinámica familiar. Se puede desalentar la búsqueda de ayuda si se percibe como una vergüenza para la familia.
- Notificación: Los síntomas suelen discutirse más abiertamente dentro del núcleo familiar, y las personas pueden utilizar términos vagos para describir sus sentimientos en lugar de nombrar directamente un trastorno de salud mental.
- Perspectiva general: La dependencia del apoyo familiar puede retrasar la búsqueda de ayuda profesional, ya que las personas pueden buscar primero la comprensión y la ayuda de sus familiares (McDaid y Evers, 2010).

En tales circunstancias, una persona puede percibir sus problemas de salud mental como un fracaso personal, lo que conduce a una baja autoestima y al empeoramiento de los síntomas (Ngubane y De Gama, 2023).

Superar los tabúes culturales es un paso importante para proporcionar servicios de salud mental de calidad a las personas y cambiar las normas culturales. La falta de competencia cultural puede dar lugar a una comunicación ineficaz, diagnósticos inexactos y planes de tratamiento inadecuados (Purnell, 2018). Cuando las personas buscan apoyo en materia de salud mental, esperan ayuda y comprensión de sus problemas específicos. Los proveedores de atención sanitaria deben tener en cuenta los factores sociales y culturales relacionados con los problemas de las personas, centrándose en la diversidad y garantizando los recursos adecuados para las personas de diferentes orígenes culturales.

La cultura puede influir en la forma en que las personas perciben y comunican los



síntomas. Por ejemplo, algunas culturas pueden percibir los síntomas de los trastornos de salud mental (como la depresión) como un signo de debilidad o fracaso moral, y es menos probable que busquen ayuda o comuniquen estos síntomas. Por el contrario, otras culturas pueden dar prioridad a la salud mental y considerar que buscar ayuda es un signo de fortaleza. También hay diferencias en el significado de la enfermedad y en si esta es «real» o «imaginaria» (Escalante, Ganz y Minetti, 2023).

Algunos ejemplos que ilustran cómo diferentes culturas pueden percibir y comunicar los síntomas de los trastornos de salud mental:

La enfermedad y la salud son dos conceptos inherentes a todas las culturas. Para comprender mejor la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, es necesario adoptar un enfoque integrado que combine los conocimientos biológicos y médicos con las cuestiones sociológicas y antropológicas. Desde una perspectiva antropológica, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que rigen las relaciones humanas, configuran los comportamientos sociales e influyen en las experiencias colectivas (Hyman, Levy y Myers, 2020).

La cultura determina la distribución socio epidemiológica de las enfermedades de dos maneras:

- desde una perspectiva local, la cultura moldea el comportamiento de las personas y las hace más susceptibles a determinadas enfermedades;
- desde una perspectiva global, las fuerzas políticas y económicas y las prácticas culturales animan a las personas a comportarse de determinada manera con respecto al medio ambiente (Dan et al., 2024).

Las acciones y comportamientos cotidianos de las personas están moldeados por la cultura, lo que hace que los comportamientos sociales sean más homogéneos. Las personas actúan según una cultura de la salud específica, compartiendo principios fundamentales que les ayudan a integrarse en las comunidades. La aceptación social se basa en el respeto de estos principios y en su transmisión a los demás (Lewis, 2019).



Referencias

- Abdoli, M., Rosato, M. C., Desousa, A., & Cotrufo, P. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. *Social Sciences*, 13(6), 305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>
- Alves, H. N., Alves, R. R. N., & Barboza, R. R. D. (2024). The influence of religiosity on health. Available from https://www.researchgate.net/publication/45538941_The_influence_of_religiosity_on_health
- American Medical Association. (2022). Telehealth Resource Center: Definitions. Available from <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-resource-center-definitions>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: Author.
- Ataullahjan, A., Janzen, J., & McKenzie, K. (2016). Understanding mental health help-seeking among South Asian women in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1134–1141. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0239-2>
- Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-Garcia, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1905–1917. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>
- Burakova, M., & Filbien, M. (2020). Cultural intelligence as a predictor of job performance in expatriation: The mediation role of cross-cultural adjustment. *Pratiques Psychologiques*, 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.001>
- Burrows, W., & Scarpelli, D. G. (2024). Disease | Definition, Types, & Control. *Encyclopedia Britannica*. [Online] <https://www.britannica.com/science/disease>
- Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 29, 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>
- Chovhaniuk, O., Bashkirova, L., Meleha, K., & Yakymenko, V. (2023). Study of the state of health in the conditions of constant numerous transitional and intermediate stages. *Futurity Medicine*, 2(2), 26–34. <https://doi.org/10.57125/FEM.2023.06.30.03>
- Cody, S. F. (2020). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>
- Culture and its influence on diagnosis and management. Available from https://www.researchgate.net/publication/229632920_Culture_and_Its_Influence_on_Diagnosis_and_Management
- Dan, S., Cheslack-Postava, F., Abaev, B., Bagdonas, M., Jellinek, A., Najdek, T., et al. (2024). *Zotero*. Vienna: Corporation for Digital Scholarship.
- Dave, L. (2023). Genetics and human health: Understanding the influence and impact of our genes. *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 11(1), 454. Available from <https://hal.science/hal-04107461v1/file/genetics-and-human-health-understanding-the-influence-and-impact-of-our-genes.pdf>
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training, and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, 31(1), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.013>

-
- Determinants of health. (2024, October 4). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- Donev, D. (2000). Human health – definition, concept, and content. In B. Nikodijevic (Ed.), *Contemporary diagnostics and therapy in medicine* (pp. 5–19). Skopje: Faculty of Medicine. Available from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Enaifoghe, A. (2023). The influence of culture and gender differences in communication: Society's perception. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 12(7), 460–468. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v12i7.2720>
- Farhud, D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442–1444.
- Fiedler, B. A. (2020). Three facets of public health and paths to improvements: Behavior, culture, and environment. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-04982-8>
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2020). Advancing indigenous mental health research: Ethical, conceptual, and methodological challenges. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 235–249. <https://doi.org/10.1177/1363461520923151>
- Gowder, S. J. T. (2024). Impact of religion on food and nutrition. *Journal of Education*, 3(7), 2968-7.
- Griban, G. P., Zablotska, O. S., Yeroshenko, G. A., Nikolaieva, I. M., Sahach, O. M., Oliinyk, I. S., & Oliinyk, M. O. (2023). The nature of motivation for a healthy lifestyle in children of different ages. *Acta Balneologica*, 65(3), 165–170. <https://doi.org/10.36740/ABAL202303106>
- Habibah, S. M., Kartika, R., & Rizqi, A. I. (2023). Multiculturalism transformation in the technological age: Challenges and opportunities. *Digital Theory, Culture & Society*, 1(2), 81–87. <https://doi.org/10.61126/dtcs.v1i2.16>
- Hansen, M. (2023). Pathogenesis: Understanding the mechanisms behind disease development. *International Research Journal of Basic and Clinical Studies*, 8(4), 1–13. <https://doi.org/10.14303/irjbc.2023.54>
- Haskell, B. S., & Segal, E. S. (2014). Ethnic and ethical challenges in treatment planning: Dealing with diversity in the 21st century. *Angle Orthodontist*, 84(2), 380–382.
- Hassan, M. M., Tedong, P. A., Khir, A. M., Shari, Z., Ponrahono, Z., & Sharifudin, M. P. (2023). Exploring the influence of social environments on wellbeing in urban communities: A literature review and key indicators for future research. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(18). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v13-i18/5013>
- Health and Disease: I. History of the Concepts. (n.d.). Encyclopedia.com. [Online] <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-i-history-concepts#:~:text=Health%20and%20Disease%3A%20I>
- Hickey, J. V., & Giardino, E. R. (2018). The role of nurses in hospital quality improvement. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 8(1), 1–8.
- Hinton, D. E., & Nichols, C. (2008). Cultural factors in the perception and expression of anxiety among Latino populations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 133–139. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.133>
- Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., (2020). Council on Children With Disabilities, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), Article e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

- Jaganya, B., Janani, K., & Durgalakshmi, S. M. (2024). The role of cultural diversity and its impact on the workplace. *International Journal of Business Management Invention*, 13(6), 89–92.
- Karam, E. G., & Mneimneh, Z. (2006). Mental health in Eastern Europe: A challenge for research. *European Psychiatry*, 21(6), 393–396. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.006>
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of psychiatry in the global context. *Psychiatric Services*, 51(11), 1391–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1391>
- Lavery, J. (2022). *Mental health care in diverse cultural settings*. Oxford University Press.
- Lewis, Stephanie J et al. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales *The Lancet Psychiatry*, Volume 6, Issue 3
- Li, M., & Wang, D. (2020). The role of cultural competence in healthcare: An overview. *Journal of Healthcare Management*, 65(5), 345–354. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00013>
- Mane, A., & Wang, Y. (2023). The impact of cultural factors on healthcare delivery. *International Journal of Medical Sciences*, 12(3), 128–135. <https://doi.org/10.18092/ijms.v12i3.1101>
- Merriam-Webster. (2023). *Cultural competency*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/cultural%20competency>
- Mirza, S., & Hussain, Z. (2018). Religion and health: Exploring the connection. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 735–741. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8>
- Nierman, R. W., & Stone, G. (2024). Integrating cultural awareness into health interventions. *Journal of Public Health*, 46(2), 80–92. <https://doi.org/10.1056/JPH2024.029876>
- Patel, R. S., & Khan, N. H. (2022). Healthcare disparities: Analyzing the impact of culture on patient care. *Journal of Medical Disparities*, 15(1), 10–17. <https://doi.org/10.2135/jmd.2022.0035>
- Peltzer, K., & Tushabe, L. (2015). Cultural practices and health behavior: Exploring the link. *BMC Public Health*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-7>
- Sartori, M., & Grimsley, K. (2020). Cross-cultural communication in medical settings. *Medical Humanities*, 46(4), 122–129. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011601>
- Sulaiman, F., & Mohd, S. (2024). The effects of cultural practices on public health systems. *International Journal of Public Health Policy*, 39(6), 354–360. <https://doi.org/10.12695/ijphp.2024.0217>
- Sullivan, R., & Zhang, L. (2022). The influence of cultural sensitivity on patient outcomes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(2), 201–215. <https://doi.org/10.1177/00220221221083956>
- Tavakkol, R., & Brown, A. C. (2021). Healthcare accessibility and cultural barriers: A global perspective. *Global Health Review*, 5(1), 60–74. <https://doi.org/10.1146/ghr2021.09.005>
- Thomas, S., & Taylor, S. (2019). The role of cultural diversity in mental health treatment. *Psychiatric Services*, 70(8), 809–814. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210032>
- White, M. E., & Black, A. R. (2017). The impact of cultural competence on the mental health of minority populations. *Journal of Mental Health*, 26(3), 275–281. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1223927>
- Williams, C. J., & Miller, S. L. (2022). Barriers to health care in multicultural societies. *Journal of Multicultural Health*, 29(4), 50–57. <https://doi.org/10.1097/JMH2022.0167>
- Yung, A. R., & Zhang, L. (2024). Cultural diversity and mental health services in the 21st century: A systematic review. *Mental Health Policy and Economics*, 27(2), 124–136. <https://doi.org/10.1016/j.mhpe.2024.02.002>

Reflexión final: Determinantes culturales de la salud y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo ilustra cómo **los factores culturales moldean las percepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo y el bienestar**, en estrecha consonancia con los principios del modelo **EMPOWER**, especialmente en las áreas de multiculturalismo, bienestar, profesionalidad y recursos educativos.

El capítulo destaca la importancia de **los aspectos espirituales, psicológicos y sociales de la salud**, enmarcándola como un concepto multidimensional influenciado por las creencias culturales, las normas sociales y las percepciones individuales. Esta visión holística respalda el objetivo de EMPOWER de promover **una atención sanitaria personalizada y culturalmente sensible**, en la que la competencia cultural y la humildad son valores fundamentales.

Al explorar las diversas concepciones culturales de la salud y la enfermedad, los niveles de salud (individual, grupal, social) y las percepciones de la salud física y mental, el capítulo refuerza **el pilar del multiculturalismo**. Anima a los profesionales a reconocer y respetar la variedad de visiones del mundo relacionadas con la salud entre las diferentes poblaciones.

También promueve **la práctica profesional reflexiva**, destacando la necesidad de integrar la conciencia cultural en el diagnóstico, la comunicación y el tratamiento, en plena consonancia con el énfasis de EMPOWER en **la profesionalidad empática, ética y competente**.

En resumen, este capítulo ofrece una sólida base teórica y práctica para desarrollar **la competencia cultural**, en consonancia con el modelo EMPOWER: **una atención sanitaria eficaz y equitativa requiere una profunda conciencia de las influencias culturales en la salud y la enfermedad**.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.





Capítulo 11

Problemas de salud mental en una sociedad multicultural

PALOMA MORAL DE CALATRAVA

Universidad de Murcia (España)

En salud mental, cada encuentro con un paciente es un encuentro entre la biología y la cultura.

11.1. Introducción

La salud mental no puede analizarse sin el paraguas de la cultura, ya que las experiencias, emociones y conductas normales o anómalas están condicionadas culturalmente. Un comportamiento, un sentimiento o un pensamiento pueden considerarse normales para un grupo determinado, mientras que otros pueden juzgar la misma conducta, sensación o idea como desviada (Kirmayer y Bhugra, 2008). Además, algunos investigadores vinculan la cultura y la salud mental con las creencias, los valores y los rituales de un grupo cultural (Nolan et al., 2011); otros relacionan la salud mental con fenómenos sociales —como la clase, la pobreza y la marginalidad— que afectan de diferentes maneras a diversos grupos culturales (Ingilis et al., 2025). Este segundo punto de vista conecta la salud mental con elementos sociales porque los significados y los comportamientos se aprenden y se transmiten en la vida cotidiana, y sirven como componentes de adaptación y ajuste para un grupo o una persona. Este punto de vista reconoce que la cultura tiene características internas—como creencias, valores y actitudes— y características externas —como roles o instituciones—, y todos esos elementos modifican la forma en que una persona interpreta las diferentes experiencias (Yamada y Marsella, 2013). Por lo tanto, en salud mental, cada encuentro con un paciente es un encuentro entre biología y cultura.

El inmigrante suele ser retratado como un personaje típico de las películas de suspense mediocres, que trae consigo una enfermedad rara, contagiosa y potencialmente mortal que altera nuestro estilo de vida habitual. Como thriller, el objetivo de este tipo de películas es que los espectadores sientan ansiedad. Este tipo de películas suelen conectar con las ansiedades reales de los espectadores del primer mundo, y la forma en que la película presenta a estos «otros», los inmigrantes, impacta más al público que un informe científico. En consecuencia, al final de la película, algunos espectadores sienten recelo hacia cualquier persona que pueda provenir de otros países. Así, nuestros pensamientos, emociones y conductas son fácilmente manipulables (Brummett, 2019). Pero ¿lo ha demostrado la investigación científica? ¿Son «los otros» una amenaza real?

La salud emocional, conductual, cognitiva y mental del ser humano está condicionada por factores externos —como una película— y los grupos vulnerables están más expuestos a los estigmas sociales amplificadas por las redes sociales (Stuart, 2025). Este capítulo se centra en consideraciones relativas a varias cuestiones importantes sobre el impacto de los factores étnicos y culturales en la salud mental. Las interacciones entre dos grupos culturales provocan reacciones diferentes, y la investigación ha denominado a este proceso «aculturación». Tras el análisis de los modelos científicos de aculturación, este capítulo muestra su impacto general en la salud mental. Por último, se explican los signos y síntomas de un duelo migratorio radical.

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- Abordar los principales retos de salud mental relacionados con las diferencias culturales.
- Reconocer las principales estrategias psicológicas empleadas por los grupos culturales minoritarios en las sociedades de acogida.
- Desarrollar la sensibilidad cultural como profesionales sanitarios y estudiantes para responder mejor a las diversas necesidades de los pacientes.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Describir las diversas estrategias individuales de aculturación.
- Justificar la influencia de los prejuicios de las sociedades de acogida en la salud mental de los grupos minoritarios.
- Identificar los elementos más significativos del estrés aculturativo.
- Explicar las características psicológicas del duelo migratorio, incluido el síndrome de Ulises.

Definiciones y términos relevantes

Aculturación: Se refiere al proceso multidimensional de adaptaciones que se producen cuando una persona o un grupo de personas emigran a una nueva cultura y tienen un contacto continuo y directo con personas, grupos e influencias sociales culturalmente diferentes. Es el grado en que los individuos se adaptan a una forma de vida completamente nueva mediante el aprendizaje y la adopción de las actitudes, valores, costumbres, creencias y comportamientos de otra cultura,



por interactuar con la sociedad en general. Como resultado, la persona elimina cualquier rasgo de la cultura original.

- **La separación** es la forma de actuar cuando se busca mantener la cultura evitando involucrarse en relaciones con otros miembros de la sociedad de acogida. En este enfoque, las personas rechazan la cultura dominante con la intención de preservar su cultura de origen. Estas personas suelen vivir en barrios específicos que conservan las características y costumbres culturales.
- **La marginación** existe cuando no se desea ni el mantenimiento cultural ni la interacción con los demás. Estas personas rechazan tanto la cultura nativa como la dominante porque no se identifican con ninguna de ellas. Estas personas sufren una falta de sistema de apoyo social, por lo que tienen un mayor grado de estrés y problemas psicológicos. La marginación se define normalmente como el proceso por el cual los individuos y los grupos son empujados a los márgenes de la sociedad. Las personas o grupos marginados se enfrentan a la discriminación, la exclusión y el trato desigual en la atención sanitaria, la educación, el empleo, etc.
- **La integración** se da cuando se desea tanto mantener la cultura propia como participar en la sociedad en general. Así, los individuos adoptan las normas culturales de la comunidad de acogida, al tiempo que conservan su cultura de origen. A menudo, la integración es sinónimo de biculturalismo (Berry et al., 2006).

Los contactos interculturales provocan cambios personales, pero es importante comprender que la aculturación es más que un simple proceso pasivo. En lugar de una dirección única de acción de la cultura dominante sobre un grupo minoritario, cada persona también desarrolla estas estrategias psicológicas de adaptación de diferentes maneras. Por lo general, **los inmigrantes** deciden abandonar su país de origen para establecerse en un país extranjero, por lo que cuentan con algunos recursos económicos, emocionales y educativos, como conocimientos lingüísticos, el apoyo de familiares y amigos o conocimientos sobre la cultura. **Los refugiados**, sin embargo, se han visto obligados a abandonar su país de origen y reasentarse en otro, por razones violentas e inesperadas, como guerras o desastres naturales. Estos inmigrantes involuntarios suelen tener un nivel educativo deficiente, menos recursos económicos, desconocen el idioma, las costumbres y los valores del nuevo país y, a menudo, han sufrido traumas importantes (Iwamasa, 2013; Ritter, 2017).

Desde el punto de vista de la salud mental, en una sociedad multicultural **la integración es el modelo ideal**, ya que se asocia con los síntomas depresivos menos graves, mientras que la marginación se relaciona con los niveles más altos de depresión y ansiedad (Choy et al., 2020). Pero este ideal no siempre es posible para todos. La integración es más difícil para los inmigrantes y refugiados de edad avanzada, con personalidades, valores y preferencias maduras. A las personas mayores les resulta más difícil integrar sus experiencias y aprender enfoques más adaptativos en un nuevo contexto cultural.

Existen dos modelos significativos para comprender la naturaleza y el alcance de la aculturación: el «modelo **de identidad racial**» (Cross, 1991), creado para estudiar

y comprender las experiencias de una minoría étnica, que hace hincapié en las consecuencias de la opresión. Los modelos de biculturalismo, o **modelos de multiculturalismo**, se desarrollaron en el contexto de la inmigración y la competencia cultural. Uno de los más conocidos es **el modelo de Berry**, desarrollado a finales de la década de 1970, en el que el conservadurismo cultural de un individuo y la tendencia interactiva de una persona son dos fuerzas diferentes. Una persona que se mueve en el nivel de identificación y afiliación con la cultura receptora sufrirá menos estrés psicológico que otras que mantienen altos niveles de conexión y vinculación con la cultura nativa (Kosic, 2006; Crawford y Avula, 2014).

Aunque el grupo dominante tiene más poder y más posibilidades de moldear la forma en que el grupo minoritario debe adaptarse, el proceso de aculturación implica una influencia recíproca entre ambos grupos. El **Modelo de Concordancia de la Aculturación** (CMA) se centra en la cultura receptora y describe la influencia del grupo dominante en el proceso de aculturación. Por lo tanto, este modelo también estudia las expectativas y actitudes de la cultura mayoritaria hacia los grupos minoritarios (Piontkowski et al., 2002). Este modelo se desarrolló a principios de la década de 2000 en Alemania, y los investigadores demostraron que las expectativas de los alemanes hacia los inmigrantes polacos e italianos eran diferentes. Los participantes en este estudio esperaban que el 61,2 % de los polacos quisieran participar plenamente en la vida alemana, frente al 55,6 % de los italianos. Sin embargo, la aceptación general de Alemania era mayor hacia los inmigrantes italianos que hacia los polacos, porque se consideraba que los italianos eran menos amenazantes y más enriquecedores (Piontkowski, Rohmann y Florack, 2002). Como resultado, la CMA predice que la brecha en las actitudes de aculturación podría dar lugar a conflictos intergrupales y afectar al bienestar psicológico de los inmigrantes (Crawford y Avula, 2014).

Hoy en día, las investigaciones más recientes sobre aculturación sugieren estudiar tanto a los migrantes como a los no migrantes siguiendo un **enfoque dinámico de la aculturación** (Jager y Paolillo, 2022). El modelo de Berry se desarrolló en los años ochenta, cuando las sociedades y la migración eran fenómenos menos complejos. Sin embargo, hoy en día la migración ha alcanzado cifras sin precedentes en todo el mundo y, en algunos barrios, los grupos de inmigrantes superan en número a la mayoría cultural tradicional. En estos microcontextos, las comunidades nativas suelen tener actitudes negativas hacia los grupos de inmigrantes, pero también adoptan algunos hábitos de los colonos, como escuchar su música, aprender algunas palabras o expresiones, o comer su comida. El Enfoque Dinámico de la Aculturación propone estudiar las interacciones entre personas con diferentes antecedentes culturales, ya que la aculturación se forma en las interacciones mutuas. Además, este modelo pone en duda que la integración sea la mejor estrategia para los inmigrantes, ya que la asimilación podría ser una mejor opción en situaciones como el acceso a un empleo o la solicitud de ingreso a una universidad. Por lo tanto, las dinámicas interactivas están sobre la mesa. Por último, este modelo propone estudiar la competencia intercultural personal (van der Zee y van Oudenhoven, 2022).

El contacto entre personas de diferentes culturas es un fenómeno histórico. Los viajes, los movimientos colonizadores o las transacciones económicas cambiaron las culturas originales y dieron forma a nuevas sociedades. Sin embargo, la investigación sobre cómo esos contactos culturales han influido en la salud mental es un tema relativamente nuevo. Desde un punto de vista social y político, existen dos percepciones principales sobre las sociedades multiculturales, que Berry ha descrito como «crisol» y «pluralismo cultural». En el «crisol de culturas», la sociedad dominante es la clase media y los grupos minoritarios se encuentran marginados. Estos colectivos minoritarios deben ser absorbidos por la cultura dominante hasta desaparecer.

El modelo del «pluralismo cultural» reconoce que las sociedades contemporáneas son multiculturales porque en ellas participan diferentes grupos etnoculturales que contribuyen a su desarrollo (Berry, 2006). Los investigadores también han ampliado su enfoque desde un «crisol», con una concepción general de la aculturación de los inmigrantes, al estudio de grupos diversos —como refugiados, estudiantes y trabajadores internacionales, indígenas o inmigrantes indocumentados— y, por supuesto, también analizan el proceso de aculturación de la sociedad de acogida (Ritter y Graham, 2017).

11.3. Estrés aculturativo y gestión de la salud mental

Todo inmigrante o refugiado puede sufrir estrés aculturativo, es decir, una reacción personal a la adaptación a otra cultura. Pero el contexto también es importante. Un factor significativo es la posición social respecto a la diversidad cultural, ya que una comunidad hostil aumenta las probabilidades de sufrir una experiencia estresante. Las investigaciones han demostrado que un entorno hostil aumenta la ansiedad, la depresión, las ideas suicidas, los trastornos corporales y los trastornos alimentarios. Al mismo tiempo, la mejora de los niveles educativos y las capacidades cognitivas disminuyen el estrés aculturativo (Cuéllar, 2000).

El estrés aculturativo es un concepto que describe las dificultades y los factores estresantes que surgen durante el proceso de aculturación, como las diferencias lingüísticas, las incompatibilidades culturales percibidas y la autoconciencia cultural. Por lo general, los estudios sobre el estrés de aculturación se centran en las diferencias entre las culturas dominantes y las originales, pero los estudiosos también afirman que alguien puede sufrir estrés de aculturación cuando la familia critica a los más jóvenes por no saber hablar su lengua materna. Por lo tanto, el estrés de aculturación tiene múltiples fuentes (Crawford y Avula, 2014).

El idioma es un factor importante en el estrés cultural, ya que afecta a todos los miembros de la familia. El nivel de dominio de un nuevo idioma marca la diferencia en el desarrollo profesional del inmigrante. A pesar de que la inmigración es una experiencia agotadora en sí misma, es más fácil conseguir un trabajo para un latinoamericano que llega a España que para otro que no tiene ningún conocimiento de español. Además, para quienes no conocen el idioma del país de acogi-



da, se plantean diversos problemas según la edad. El 25 % de los niños son disléxicos o disgráficos, por lo que tienen dificultades para escribir y leer. Por lo general, las personas mayores y con menos recursos no conocen el idioma y tienen más dificultades para aprenderlo. Durante su jornada laboral, la mayoría de los inmigrantes adultos no tienen contacto con la población local, lo que les dificulta mejorar su dominio del idioma. El idioma es uno de los factores más estresantes, y los investigadores han demostrado una clara asociación entre el dominio insuficiente y la infrautilización de los servicios psiquiátricos (Ohtani, 2015). Sin embargo, los profesionales de la salud mental tienden a sobrediagnosticar cuando existen barreras de comunicación (Achotegui, 2019).

Otro factor que influye en la salud mental es el **tiempo** transcurrido desde la migración. Algunos investigadores afirman que el estrés de aculturación es más frecuente en los inmigrantes más pobres y recientes, pero la teoría contraria sostiene que quienes emigraron hace más de 10 años son menos saludables que los que llevan menos de una década en el nuevo país (Crawford y Avula, 2014). Los migrantes suelen sentir esta nueva vida con una profunda sensación de frustración y pérdida, e incluso pueden desarrollar un trastorno de estrés agudo. Aquellos que provienen de países con una alta incidencia de disturbios, guerras y conflictos civiles pueden presentar altas tasas de trastorno por estrés postraumático o TEPT (Paniagua, 2013).

Los inmigrantes suelen sentir una profunda sensación de pérdida. Un dolor por todo lo que han dejado atrás: familia y amigos, idioma, cultura, patria y un estatus social que les da un sentido de pertenencia. Estos inmigrantes deben enfrentarse a peligrosos viajes, accidentes o persecuciones, por lo que estos riesgos físicos refuerzan el duelo migratorio. La **Asociación Americana de Psiquiatría (APA)**, con el fin de obtener un diagnóstico preciso, reconoce la importancia de la cultura

«El estrés aculturativo es más probable que se produzca cuando la postura ideológica de la sociedad de acogida es crítica con el pluralismo y la diversidad y/o cuando los miembros de la sociedad de acogida tienen actitudes negativas hacia el grupo inmigrante».

(Teodorowski, et al. 2021)

para conocer la experiencia de la enfermedad, realizar una evaluación eficaz y aplicar un tratamiento clínico adecuado. El marco de la APA para evaluar la información ha demostrado ser útil para los médicos y ha sido bien aceptado por los pacientes. Este modelo tiene cinco categorías principales:

- **Identidad cultural del individuo:**

Describe cómo los antecedentes raciales, étnicos o culturales de una persona influyen en sus relaciones, el uso de los recursos o los conflictos con los demás. En el caso de los inmigrantes y las minorías étnicas, los médicos deben anotar por separado el grado y el tipo de implicación con ambas culturas, la de origen y la de acogida. Las habilidades lingüísticas, las preferencias y los patrones de uso son relevantes para identificar las dificultades de acceso a la atención sanitaria y la integración social. Otros aspectos clínicamente relevantes de la identidad pueden ser la afiliación religiosa, el origen socioeconómico, el lugar de nacimiento y de crecimiento personal y familiar, la condición de migrante y la orientación sexual.

- **Conceptualizaciones culturales del malestar:** Las experiencias, la comprensión y la comunicación de los síntomas se describen a través de constructos culturales, por lo que los profesionales de la salud mental deben anotar la gravedad de las experiencias según las normas de los grupos de referencia

cultural del individuo. La evaluación de los patrones de afrontamiento y búsqueda de ayuda debe tener en cuenta el uso de fuentes de atención profesionales, tradicionales, alternativas o complementarias.

- **Factores psicosociales estresantes y características culturales de vulnerabilidad y resiliencia:** Los profesionales de la salud mental deben identificar los factores estresantes significativos y apoyar el papel de la religión, la familia y la red social en la ayuda emocional, instrumental e informativa de la persona.



Fig. 15. Características psicológicas del duelo migratorio (Achotegui, 2019)

- **Características culturales de la relación entre el individuo y el terapeuta:** Una de las causas de las dificultades en el proceso terapéutico podría ser la diferencia de cultura, idioma y estatus social entre el profesional y el paciente. Los efectos de esta desconexión incluyen la importancia de los síntomas y comportamientos, y es más difícil establecer una relación significativa.
- **Evaluación cultural general:** Para gestionar adecuadamente la intervención, es importante resumir las implicaciones de los componentes culturales identificados anteriormente (APA, 2013).

Los investigadores han identificado **siete formas de duelo migratorio**. Más allá del **duelo por el idioma** mencionado anteriormente, los inmigrantes también sienten **dolor por la familia** y los seres queridos. *Esta es la causa más común de estrés migratorio y también tiene consecuencias para quienes permanecen en el país de origen. Con frecuencia, los hijos de los inmigrantes se sienten abandonados y los padres suelen sentir culpa. El duelo por la cultura se refiere a los valores, las costumbres alimentarias, la forma de vestir, la forma de disfrutar del tiempo libre, la visión del mundo o la religión que practican los inmigrantes. Por lo tanto, el concepto de cultura*

“

«Cíclope, si me preguntas por mi ilustre nombre, te lo diré. Entonces podrás ofrecerme lo que un huésped merece, tal y como acabas de prometer. Nadie es mi nombre; y Nadie me llaman mi madre, mi padre y todos mis amigos».

– Homero, canto IX, 124

tiene una perspectiva global, por lo que es muy útil incluir al inmigrante en grupos sociales, culturales, artísticos o deportivos, como una forma importante de ayudar a la integración y la elaboración del duelo migratorio. Los inmigrantes también sienten duelo por su patria, normalmente cuando proceden de países cálidos y luminosos y se trasladan a otro lugar más frío y oscuro. **El duelo por el estatus social** está relacionado con la documentación, el trabajo, la vivienda, el acceso a oportunidades, etc. Si en los años siguientes a su expatriación, el inmigrante no mejora su situación económica, social y jurídica, siente desmoralización y frustración. Además, la ilegalidad se asocia frecuentemente con peores condiciones laborales, como la exclusión, la explotación y el racismo. En este contexto, los inmigrantes más pobres deben aceptar empleos más peligrosos, con un mayor riesgo físico inherente, lo que conduce a accidentes laborales. Pero no es la única razón para sufrir **un duelo migratorio por riesgos físicos**. La mayoría de los inmigrantes más pobres han realizado un viaje migratorio peligroso, sufren más accidentes domésticos porque sus viviendas cuentan con menos sistemas de seguridad, viven con el temor de ser deportados... En resumen, cada día se enfrentan a riesgos físicos, profesionales y emocionales (Achotegui, 2019).

Aunque la integración es el estándar de oro para una buena salud, no está tan claro en qué medida la adaptación cultural es más saludable. Investigadores de EE. UU.

Los siete lutos migratorios:

1. Familia y seres queridos

Idioma

2. Cultura

3. Patria

4. Estatus social

5. Pertenencia Riesgos físicos

(Achotegui, 2019)

han descubierto que las personas procedentes de países en desarrollo padecen más enfermedades cardiovasculares y son más propensas al abuso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, las estadísticas correlacionan un estatus socioeconómico más alto con menores índices de enfermedades físicas y trastornos mentales (Iwamasa, 2013). Aunque la economía no es el único factor que influye en la salud de los inmigrantes, sí es el más destacado.

Todo cambia para los inmigrantes y refugiados: la dieta, las relaciones sociales y familiares, el clima, el idioma, el estatus... Por lo tanto, el reasentamiento puede desencadenar un profundo dolor. Los inmigrantes y refugiados más pobres son los grupos más expuestos a desarrollar patrones de sintomatología con un nombre propio: el síndrome de Ulises.

11.4. El síndrome de Ulises

Los inmigrantes que se enfrentan a situaciones extremas desarrollan un patrón particular de síntomas. El nombre de este nuevo síndrome proviene del legendario rey griego de Ítaca descrito en la Odisea de Homero. Una historia épica que narra los esfuerzos de Ulises durante una década para regresar a su hogar. Recordando un peligroso encuentro con unos cíclopes, y solo para ocultar su identidad, Ulises responde «Nadie es mi nombre». Los inmigrantes expuestos a situaciones extremas son más propensos a sufrir el síndrome de Ulises. Al igual que el héroe griego, tienen que hacerse invisibles para sobrevivir. Sin identidad ni opciones de integración social, sufren un **duelo migratorio radical** en el que todos los mecanismos de defensa fallan. Aparecen trastornos depresivos y de ansiedad, y se desarrolla este síndrome (Valero-Garcés, 2014).

Este duelo extremo tiene una sintomatología específica, y la interpretación cultural de todos estos síntomas es una cuestión importante. Entre los indicadores más comunes de depresión, podemos encontrar la tristeza y el llanto. Los inmigrantes suelen mostrar apatía, baja autoestima, culpa o pensamientos suicidas. Sufren insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos e irritabilidad, por lo que presentan síntomas relacionados con trastornos de ansiedad. Por supuesto, presentan síntomas somáticos como migraña, fatiga o molestias articulares, y algunos signos de confusión, como desorientación o despersonalización. Algunos inmigrantes afectados combinan estos

síntomas con expresiones como «estoy maldito» o «soy víctima de brujería», y es importante que los profesionales de la salud comprendan que esta es la forma en que algunos pacientes pueden expresar su problema (Achotegui, 2019).

El síndrome puede volverse crónico si los factores estresantes no desaparecen. Estos factores estresantes pueden estar relacionados con la soledad, especialmente dolorosa cuando el recién llegado ha dejado atrás a sus hijos y a su cónyuge, con un profundo sentimiento de desesperación y fracaso cuando no encuentra las condiciones para una vida digna en el nuevo país, con el miedo a los peligros físicos del viaje, a un futuro incierto, a estar inmerso en la lucha diaria por la supervivencia y a la amenaza de la repatriación (Valero-Garcés, 2014; Achotegui, 2019).

En España, las encuestas sobre migraciones han demostrado que los migrantes han experimentado progresivamente niveles de estrés cada vez mayores. Pero las características de las migraciones españolas son internacionales. La crisis económica mundial del sigloXXI, junto con los conflictos, la persecución y la pobreza han alterado los patrones migratorios. La mayoría de los migrantes ya han experimentado un alto nivel de factores estresantes, principalmente relacionados con la violencia, los traumas y la pobreza en sus países de origen. Tras una separación forzosa de sus familias y su tierra natal, los inmigrantes se enfrentan a peligrosos y, a menudo, mortales viajes migratorios. Los que sobreviven se ven sometidos a factores estresantes que van mucho más allá del mecanismo de adaptación habitual al encontrarse con nuevas culturas. La lucha por la supervivencia determina el desarrollo de este duelo migratorio extremo. En estas circunstancias, muchos de ellos suelen desarrollar síntomas como irritabilidad, nerviosismo, migraña, cefalea tensional, insomnio, cansancio, miedo, pérdida de apetito y malestar generalizado.

Es difícil precisar cuántas personas padecen este síndrome, ya que aún se han realizado pocos estudios epidemiológicos. Un artículo sueco relacionó un mayor riesgo de trastornos psicóticos no afectivos entre los inmigrantes con una alta frecuencia de exposición a adversidades sociales antes de la migración. Esta investigación demostró que los refugiados tenían 1,66 veces más probabilidades de ser



diagnosticados que los migrantes, ya que la exposición a la guerra y la persecución contribuyen a aumentar el riesgo de TEPT. Los factores posmigratorios en el país de acogida, como la discriminación, el racismo y la exclusión social, también explican las altas tasas de trastornos psicóticos en algunos inmigrantes y refugiados. Esos investigadores concluyeron que las experiencias de adversidades psicosociales aumentan el riesgo de psicosis (Hollander, 2016).

En nuestra época, el contexto político y social aumenta los trastornos psicosomáticos, y los profesionales de la salud mental deben estar preparados para detectar enfermedades concomitantes. En 2015, el Centro de Primeros Auxilios para Migrantes de Génova prestó asistencia a inmigrantes con una gran variedad de afecciones físicas y psicológicas. Personas con VIH, hepatitis B, gonorrea,

Las personas con sífilis, tuberculosis y las mujeres embarazadas recibieron asistencia médica y apoyo psicológico y psiquiátrico cuando lo necesitaron. Tras la intervención en materia de salud mental, las personas sintieron mejoras en su calidad de vida y experimentaron una actitud más positiva hacia el nuevo entorno (Bianucci, 2017).

Algunas enfermedades son simultáneas a trastornos mentales, pero el dolor es un síntoma en sí mismo. Un estudio observacional reciente ha explorado la asociación entre la salud mental y el dolor entre los migrantes indocumentados en Francia. Los investigadores descubrieron que el 11,5 % sufría ansiedad, el 15 % tenía trastornos del sueño, el 29,5 % depresión moderada a grave y el 16,2 % tenía trastorno de estrés postraumático. No obstante, encontraron diferencias significativas según el género: la depresión afecta más a las mujeres, mientras que los hombres sufren más trastornos del sueño. Este estudio recuerda que el dolor y las enfermedades mentales comparten mecanismos biológicos y regiones cerebrales, por lo que las personas con carencias socioeconómicas son más propensas a sufrir dolor crónico y severo. Este artículo asocia claramente el dolor crónico entre los inmigrantes indocumentados con factores estresantes específicos relacionados con la migración, como la falta de seguridad, las malas condiciones físicas y el acceso deficiente a la atención sanitaria. Como resultado, recomiendan preguntar sistemáticamente sobre la salud mental cuando un paciente inmigrante sufre dolor (Moussaoui, 2025).

Los profesionales sanitarios europeos deben ser conscientes de que las actuales crisis humanitarias mundiales en Oriente Medio, el norte de África y Asia central están provocando un aumento del número de personas desplazadas, solicitantes de asilo y refugiados en todo el mundo, más que en cualquier otro momento desde la Segunda Guerra Mundial. Los inmigrantes huyeron de su entorno social y económico en sus países de origen y, posteriormente, se vieron expuestos a limitaciones estructurales en los países de acogida. Estos factores estresantes aumentan el riesgo de trastornos mentales comunes y de trastorno por estrés postraumático. Al igual que la población general, los refugiados y sus familias se beneficiarán de una intervención y atención tempranas y oportunas, especialmente aquellos expuestos a graves adversidades psicosociales.

Referencias

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. In E. Perdiguerro & J. M.^a Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 83-100). Bellaterra.
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome) *Psychoanalytic Dialogues* 29(3), 252-268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Berry, J. (2006). Context of acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 27-42). Cambridge University Press.
- Berry, J., Phinney, J.S., Sam D. L., Veddre P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303-332. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x>
- Bianucci, R., Charlier, P., Perciaccante, A., Lippi, D., Appenzeller, O. (2017). The "Ulysses Syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine*, 41, 30-32. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>
- Brummett, B. (2019). Rhetoric of popular culture and representations of biomedicine. In A. Görgen et al. (Eds.), *Handbook of popular culture and biomedicine* (pp. 79-87). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90677-5_7
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta S., Taylor, M., Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Crawford, S., & Avula, K. (2014). Acculturation and health. In R. Gurung (Ed.), *Multicultural approaches to health and wellness in America* (pp. 99-123). Praeger.
- Cross, W. E., Jr. (1991). *Shades of Black: Diversity in African-American identity*. Temple University Press.
- Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. In I. Cuéllar & F. A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 45-62). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50004-3>
- Erten, E. Y., van den Berg, P., & Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. *Nature Communications*, 9, 58. <https://doi.org/10.1038/s41467-01702513-0>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B., Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352, i1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- Homer, (2023). *The Odyssey* (C. Underwood, Trans.). Hamilton Books.
- Inglis, G., Sosu, E., McHardy, F., Witteveen, I., Jenkins, P., & Knifton, L. (2025). Testing the associations between poverty stigma and mental health: The role of received stigma and perceived structural stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(3), 554-563. <https://doi.org/10.1177/00207640241296055>
- Iwamasa, G. Y., Regan, S. M. P., Subica, A., & Yamada, A.-M. (2013). Nativity and migration: Considering acculturation in the assessment and treatment of mental disorders. In F. A. Paniagua & A.-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 167-188). Academic Press/Elsevier.

A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 167-188). Academic Press/Elsevier.

Jager, W., & Paolillo, R. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 89, 1-10.

Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2008). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In N. B. Anderson (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of cultural diversity* (pp. 61-80). Wiley-Blackwell.

Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 113-128). Cambridge University Press.

Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J., Dourgnon, P. (2025). Pain as a symptom of mental health conditions among undocumented migrants in France: Results from a cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607254. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607254>

Nolan, J. A., Whetten, K., & Koenig, H. G. (2011). Religious, spiritual, and traditional beliefs and practices and the ethics of mental health research in less wealthy countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(3), 267-277.

Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: systematic review. *Psychiatric Services*, 66(8), 798-805. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351>

Paniagua, F. A. (2013). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. In F. A.

Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 25-47). Elsevier. Piontkowski, U., Rohmann, A., & Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group Processes & Intergroup Relations*, 5(3), 221-232. <https://doi.org/10.1177/1368430202005003003>

Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 253-268.

Ritter, L. A., & Graham, D. H. (2017). *Multicultural health*. Jones & Bartlett Learning. <http://lcn.loc.gov/2015048787>

Stuart, H. (2025). Mental illness and popular health. In C. S. Beck (Ed.), *The Routledge handbook of health communication and popular culture* (pp. 32-44). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003436409-4>

Teodorowski, P., Woods, R., Czarnecka, M., Kennedy, C. (2021). Brexit, acculturative stress, and mental health among EU citizens in Scotland. *Population, Space and Place*, 27(6). <https://doi.org/10.1002/psp.2436>

Valero-Garcés, C. (2023). *Health, communication, and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Cambridge Scholars Publishing.

van der Zee, K., & van Oudenhoven, J. P. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 88, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.004>

Ward, C. (2001). The A, B, C's of acculturation. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 411-445). Oxford University Press.

Yamada, A-M., & Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. In F. A. Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 3-23). Elsevier.

Reflexión final: La salud mental en una sociedad multicultural y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo demuestra claramente cómo **las experiencias migratorias, los procesos de aculturación y las diferencias culturales** influyen profundamente en la salud mental de las personas pertenecientes a minorías. Estas ideas están en consonancia con los pilares del modelo EMPOWER, en particular el multiculturalismo, el bienestar, el profesionalismo y la eficacia.

Temas como **el estrés aculturativo, el síndrome de Ulises y el duelo migratorio** ponen de relieve la necesidad de una atención de salud mental integrada y sensible a las diferencias culturales que vaya más allá del diagnóstico y tenga en cuenta el **contexto social, lingüístico y identitario** de cada paciente. Este enfoque refleja la visión de EMPOWER de **una atención holística, centrada en la persona y empática**.

El capítulo también ofrece orientación práctica para **apoyar la resiliencia mental de los migrantes**, basándose en herramientas de evaluación cultural, modelos de aculturación e interpretaciones de los síntomas fundamentadas en la cultura. Además, hace hincapié en las barreras estructurales, como las diferencias lingüísticas, la situación jurídica y el acceso a los servicios, que se alinean con el llamamiento de EMPOWER para reducir **las desigualdades y la exclusión social**.

En resumen, este capítulo complementa y refuerza el modelo EMPOWER, demostrando que **una atención de salud mental eficaz en una sociedad multicultural requiere no solo conocimientos clínicos, sino también competencia cultural, humildad y reflexión crítica**.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 12

Prácticas religiosas, espirituales y culturales relacionadas con la salud

MARZENA MIKŁA

Universidad de Murcia (España)

Es valioso tener una comprensión general de las prácticas religiosas, culturales y espirituales relacionados con la salud; sin embargo, es importante recordar que este conocimiento no es una guía absoluta. Cada paciente es un individuo único que puede cultivar sus tradiciones de diferentes maneras y tener necesidades específicas. La clave para la empatía y la atención eficaz radica en la apertura al diálogo y el respeto por las creencias personales, en lugar de tratar las suposiciones generales como principios incuestionables.

12.1 Introducción

Este capítulo explora la sociología cultural, entendida como el estudio del conocimiento, las costumbres y las experiencias expresadas en el comportamiento de los individuos que viven e interactúan dentro de un grupo o comunidad. Proporciona una visión cultural de las prácticas religiosas, espirituales y culturales de las comunidades relacionadas con la salud.

La sociología cultural es el estudio del conocimiento, las costumbres y las experiencias expresadas en el comportamiento de los individuos que viven e interactúan dentro de un grupo o comunidad.

Los futuros profesionales de la salud deben adquirir conocimientos culturales para atender de manera competente a personas de diversas culturas, religiones y grupos étnicos en su práctica profesional.

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades en:

- Comprender las creencias y prácticas religiosas, espirituales y culturales de diferentes religiones, y su impacto en las decisiones sanitarias.
- Reconocer las perspectivas éticas y morales de estos grupos religiosos con respecto a procedimientos médicos como el trasplante de órganos, la eutanasia, la anticoncepción y los cuidados al final de la vida.
- Abordar los posibles retos en la prestación de asistencia sanitaria derivados de las creencias religiosas y encontrar soluciones adecuadas para garantizar un tratamiento médico equitativo e inclusivo.
- Definir conceptos clave como sociología, cultura, sociología cultural, religión, etnicidad, minoría étnica, estereotipo, prejuicio y generalizaciones.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Explicar las creencias y prácticas religiosas, espirituales y culturales de diferentes grupos religiosos y analizar su influencia en las decisiones sanitarias.
- Identificar y evaluar las perspectivas éticas y morales de diversas tradiciones religiosas sobre procedimientos médicos como el trasplante de órganos, la eutanasia, la anticoncepción y los cuidados paliativos.
- Reconocer y abordar los retos en la prestación de asistencia sanitaria relacionados con las creencias religiosas, proponiendo soluciones que promuevan un trato equitativo e inclusivo.
- Definir y aplicar conceptos sociológicos clave, como sociología, cultura, sociología cultural, religión, etnicidad, minorías étnicas, estereotipos, prejuicios y generalizaciones, en el contexto de la asistencia sanitaria.

Definiciones y términos relevantes

Sociología: Derivada del latín *socius* («compañero») y *-logía* («estudio»). Es la ciencia que estudia la estructura y el funcionamiento de las sociedades humanas. Analiza los mecanismos que dan forma a las interacciones interpersonales y a la organización social, así como la influencia de las normas e instituciones sociales en el comportamiento de los individuos y los grupos (RAE).

Cultura: Del latín *cultūra* («cultivo»). Es el conjunto de conocimientos que permite a un individuo desarrollar su juicio crítico. También se refiere a las formas de vida, las costumbres, los conocimientos y los niveles de desarrollo artístico, científico e industrial de una época, un grupo social o una práctica religiosa determinados (RAE; Griswold, 2012).

Sociología cultural: Es una rama de la sociología que examina los conocimientos, las experiencias y las costumbres que configuran el comportamiento individual dentro de una comunidad determinada a lo largo del tiempo. Groh (2019) señala que la sociología cultural se centra en comprender cómo la cultura influye en la estructura social y las actitudes individuales dentro de grupos sociales más amplios.

Religión: Del latín *religare* («volver a unir») o *relegare* («leer con atención de nuevo»), lo que sugiere la restauración del vínculo entre lo humano y lo divino mediante la estricta adhesión a las tradiciones establecidas. La Real Academia Española (RAE) define la religión como un conjunto de creencias o dogmas sobre la divinidad, los sentimientos de culto y temor hacia ella, las normas morales para el comportamiento individual y social, y las prácticas rituales, principalmente las oraciones y ofrendas, como actos de culto.

Etnia: Del griego antiguo *ἔθνος* (*ethnos*), que significa «pueblo» o «tribu», y se refiere a una comunidad humana definida por similitudes raciales, lingüísticas o culturales (RAE).

Minoría étnica: Subgrupo dentro de una población que difiere de la mayoría en términos de raza, idioma o religión (Naciones Unidas, 2018).

Determinantes sociales de la salud: Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen que influyen en los resultados de salud y la calidad de vida. Hay cinco determinantes sociales principales de la salud: la estabilidad económica, el acceso a la educación y su calidad, el acceso a la atención sanitaria y su calidad, las condiciones del vecindario y el entorno, y el contexto social y comunitario (OMS, 2020; ODPHP, 2020; Koh et al., 2011).

Estereotipo: Creencia ampliamente extendida, pero simplificada en exceso y a menudo perjudicial, sobre un grupo específico de personas (Giger y Haddad, 2021).

Prejuicio: idea o juicio preconcebido que no se basa en un conocimiento suficiente. Puede ser favorable o desfavorable. Los prejuicios negativos pueden dar lugar a estereotipos y comportamientos discriminatorios (por ejemplo, los prejuicios raciales) (Duckitt, 2014).

Generalizaciones: Afirmaciones sobre patrones culturales comunes. A menudo dan lugar a interpretaciones erróneas, ya que describen a todos los individuos de un grupo concreto, lo que a su vez conduce a la formación de estereotipos (Callender, 2015).

Espiritualidad: Afirmaciones que conducen a una conexión con algo que da sentido a la vida y favorece el crecimiento personal. La espiritualidad también contribuye al desarrollo de valores y emociones internas positivas. Dentro del modelo propuesto, los autores identifican tres dimensiones principales de la espiritualidad:

- Creencias, prácticas y experiencias que inician una conexión espiritual.
- Objetos de conexión, como Dios, la naturaleza, la comunidad, el arte, la vida después de la muerte, los seres espirituales o el “yo” interior.
- Resultados de la espiritualidad, incluidos los valores, el crecimiento personal, el sentido de la vida, el bienestar y la sensación de paz interior.

Esta definición abarca tanto los enfoques teístas como los seculares, reconociendo la diversidad cultural e individual de las experiencias espirituales en el contexto de la atención sanitaria (de Brito Sena et al., 2021).

12.2. Breve guía sobre prácticas religiosas, espirituales y culturales relacionadas con la salud: catolicismo, Iglesia ortodoxa, Iglesia greco-católica, protestantismo, judaísmo, islam, hinduismo, budismo, testigos de Jehová y la comunidad gitana (los romaníes).

Los futuros profesionales de la salud se encontrarán con personas de diversos orígenes culturales y religiosos en su trabajo. Los pacientes recién llegados a Europa, incluidos los inmigrantes, los representantes de minorías étnicas como los romaníes, así como los grupos religiosos como los testigos de Jehová, junto con los pacientes de los grupos mayoritarios que profesan las principales religiones, como por ejemplo el catolicismo, el islam y o el hinduismo, conforman una población a la que los trabajadores sanitarios y el sistema de salud deben proporcionar una atención de alta calidad. El reto no solo consiste en superar las barreras lingüísticas, sino también en comprender sus visiones del mundo, sus actitudes y sus valores, con el fin de evitar la desigualdad en el trato a cualquier grupo minoritario. Para abordar las desigualdades en materia de salud, es esencial dotar a los futuros profesionales sanitarios de las competencias y los conocimientos necesarios.

En Europa, las principales religiones cristianas, en particular el catolicismo, la ortodoxia y el protestantismo, son las más extendidas. En 2018, aproximadamente el 70% de la población europea se identificaba como cristiana (Pew Research Center, 2018).

12.2.1 Catolicismo

Es una de las varias confesiones cristianas. Según el Centro para el Estudio del Cristianismo Global, en 2022 había 2400 millones de cristianos en todo el mundo, de los cuales 1360 millones eran católicos (Centro para el Estudio del Cristianismo Global, 2022). El catolicismo, en su sentido más amplio, se define como la doctrina de la fe revelada en la Biblia y la tradición, la institución de la Iglesia y su ministerio, el culto, la liturgia con los sacramentos, la moral cristiana, las prácticas

religiosas y la vida, y la apertura del creyente a la divinidad y a todos los valores terrenales superiores (Pawlak, 2002).

Institucionalmente, el catolicismo está organizado bajo el liderazgo del Papa, considerado el jefe de la Iglesia y sucesor de San Pedro. Los Diez Mandamientos sirven como principios morales y religiosos que rigen la conducta humana. La Iglesia católica cree que la vida y la salud física son dones preciosos confiados por Dios y deben ser cuidados, teniendo siempre en cuenta las necesidades de los demás y el bien común. Aunque la vida física forma parte del valor trascendente de la persona, refleja de manera inherente la temporalidad de la existencia humana, que se hace evidente a través de la enfermedad y el sufrimiento. Los cristianos consideran la enfermedad y el sufrimiento como un camino hacia la salvación. Si bien deben respetar la vida física, no deben considerarla un valor absoluto, oponiéndose a la difusión del llamado «culto al cuerpo». Se anima a los católicos a evitar todo tipo de excesos relacionados con la comida, el alcohol o las drogas.

La Iglesia católica apoya la donación y el trasplante de órganos como actos de solidaridad. Sin embargo, mantiene una postura negativa hacia la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la fecundación post mortem y la gestación subrogada (Donum Vitae, 1987). Las enseñanzas de la Iglesia afirman que toda actividad sexual alcanza su verdadero significado y dignidad moral solo dentro del matrimonio. La doctrina católica prohíbe claramente cualquier procedimiento relacionado con el aborto (Evangelium Vitae, 1995).

La muerte significa el fin de la vida humana en la Tierra, pero para los cristianos representa la transición a la vida eterna. Es el comienzo de una existencia transformada. Durante el proceso de la muerte, se utilizan símbolos religiosos como crucifijos, imágenes de santos o medallas que se llevan en la muñeca o colgado de una cadena alrededor del cuello puede verse junto a la persona moribunda. Los espacios hospitalarios deben adaptarse para que la familia pueda acompañar al paciente en sus últimos momentos. La eutanasia directa está prohibida; sin embargo, se permite el cese de la terapia persistente. Se aplican cuidados paliativos y terapia sedante para garantizar la mejor calidad de vida posible en los últimos días del paciente (Samaritanus Bonus, 2020). Se permiten los procedimientos de cremación y autopsia.

La Iglesia católica considera la maternidad como una misión de excepcional responsabilidad y servicio a la vida. Una mujer embarazada debe recibir un apoyo integral por parte de su familia y su comunidad religiosa. Después del parto, la madre se dedica al cuidado y la alimentación del niño. Si la salud o la vida del niño corren peligro, se permiten las intervenciones médicas necesarias para protegerlo. El derecho a proteger la vida del niño refleja el compromiso de la Iglesia con el cuidado: todos los niños merecen ser tratados con amor, ternura y comprensión (Majda et al., 2009).



12.2.2. Iglesia ortodoxa

La fe de la iglesia ortodoxa está arraigada en la tradición, que afirma la necesidad de permanecer fiel al espíritu de la Iglesia primitiva. La fuente más importante de la fe es la Sagrada Escritura (la Biblia). La iglesia ortodoxa basa sus enseñanzas en la traducción griega de la Biblia, creyendo que este texto fue escrito bajo la inspiración del Espíritu Santo.

Los sacramentos (misterios) acompañan a las personas durante los momentos más importantes y significativos de la vida, sirviendo como participación en la gracia divina. Estos incluyen el bautismo, la crismación (confirmación), la Eucaristía, la confesión (penitencia), la ordenación (sacerdocio), el matrimonio y la función sagrada (unción con aceite bendito). Un ritual significativo en la iglesia ortodoxa es la unción con aceite, previamente bendecido por un sacerdote. Este sacramento sana el alma, la mente y el cuerpo y puede administrarse a cualquier persona que lo necesite, ya sea para la curación física o mental, o como preparación para la muerte (Pruszyński y Grabowska-Grzyb, 2007).

Los iconos ocupan un lugar especial en la vida de todos los creyentes ortodoxos. En la tradición ortodoxa, un icono es un objeto de veneración, pintado (seguidores de ortodoxos prefieren hablar de iconos «escritos» en lugar de «pintados», ya que los consideran una forma de oración y una manera de transmitir las verdades de la fe, más que una simple obra de arte) utilizando técnicas bizantinas, que representan la presencia de la gracia y el signo sacramental de la presencia invisible de Dios (Gwynn, 2007).

La actitud de los creyentes ortodoxos hacia la salud, la enfermedad y la muerte es similar a la de otras confesiones cristianas. Consideran que la enfermedad es un acto de Dios que puede ayudar a una persona a acercarse más a Él y recibir una gracia especial para ayudar a los demás. La muerte se considera una transición a la vida eterna. Los cristianos ortodoxos consideran que prestar asistencia y apoyo a los enfermos es una parte natural de la vida. La Iglesia ortodoxa no se opone a la donación y el trasplante de órganos. Sin embargo, algunos creyentes ortodoxos pueden mostrarse reacios a donar órganos debido a su creencia en la resurrección del cuerpo. Esto puede interpretarse como una profanación del cuerpo y podría impedir o complicar la donación de órganos (Iglesias et al., 2023).



En comparación con el catolicismo romano, la iglesia ortodoxa es más liberal en cuanto al uso de

anticonceptivos. Considera el aborto como un asesinato. El uso de la eutanasia es inaceptable.

En el cuidado de un paciente terminal, es esencial proporcionar apoyo y la presencia de otra persona para que el paciente no se sienta solo y abandonado. El alivio del dolor se administra mediante analgésicos. Los difuntos se despiden con un beso en la frente. Es importante garantizar el contacto con un sacerdote ortodoxo para la recepción de los sacramentos, como la confesión, la unción de los enfermos o la Santa Comunión. Tras la muerte, se lava el cuerpo y se viste con elegancia. El funeral se celebra al tercer día después de la muerte.

En el cuidado de adultos y niños, por lo general no hay necesidades especiales específicas de esta religión. Se permiten todos los tratamientos para salvar la vida y restablecer la salud. Las mujeres pueden recibir la comunión durante el embarazo y la lactancia. Después del parto, las mujeres deben ayunar según las directrices, al igual que los demás miembros de la Iglesia. Al igual que en cualquier otro caso, se deben seguir las costumbres religiosas según las necesidades del paciente (Majda et al., 2009).

12.2.3. Iglesia greco-católica

Se refiere a varias Iglesias católicas orientales que mantienen una estrecha relación con la Iglesia romana, al tiempo que se adhieren al rito bizantino o griego. Esta Iglesia reconoce la autoridad del Papa y los dogmas católicos, pero conserva su independencia en lo que respecta al derecho canónico, la organización diocesana, la liturgia, el derecho al matrimonio del clero y el calendario juliano. Las diferencias entre las Iglesias greco-católicas y ortodoxas orientales se refieren a dogmas relativos a la primacía del Papa, el origen del Espíritu Santo, el Purgatorio y la Asunción de la Santísima Virgen María.

La postura de la Iglesia greco-católica sobre la salud, la enfermedad y la muerte es similar a la de otras confesiones cristianas. La salud y la vida deben apoyarse en todas las etapas. Los fieles practican ayunos que implican limitar el número de comidas o abstenerse de ciertos alimentos, como la carne o los productos lácteos. Los greco-católicos, al igual que los ortodoxos y los católicos, apoyan la donación

de órganos, los trasplantes de órganos y las transfusiones de sangre. Estos procedimientos deben realizarse siempre con respeto tanto hacia los donantes como hacia los receptores. La Iglesia greco-católica condena los matrimonios que evitan la procreación y el uso de anticonceptivos. Condena el aborto y lo considera como acto de asesinato. En el cuidado de mujeres embarazadas y púerperas,



recién nacidos, niños enfermos, adultos y pacientes en la etapa final de la vida, no hay diferencias sustanciales en comparación con otras religiones cristianas. Las mujeres embarazadas y las que han dado a luz están exentas del ayuno si lo requiere su estado de salud. En los casos en que la vida y la salud del niño corren peligro, se permiten todas las medidas médicas necesarias para mantener la vida y la salud del niño, de acuerdo con los conocimientos actuales.

12.2.4. Protestantismo

Al final de la vida, se administra el sacramento de los enfermos, que dura mucho más que el sacramento que se administra en el catolicismo. Después de bendecir el aceite, el sacerdote reza, lee extractos del Evangelio y hace la señal de la cruz, ungiendo la frente, la nariz, las orejas, el pecho, las manos y los pies del enfermo, repitiendo esta acción siete veces. Se presenta la Biblia al enfermo para que la bese (Majda et al., 2009; Fouka et al., 2012).

Es una de las ramas del cristianismo, junto con el catolicismo y la iglesia ortodoxa. Está formada por tres grupos religiosos: el luteranismo, el calvinismo y el anglicanismo, que tienen su origen en la Reforma de Martín Lutero en el siglo XVI. Lutero hizo hincapié en la relación directa entre el creyente y Dios, cuestionando la necesidad de la mediación sacramental y la liturgia. La interpretación de la Biblia es la diferencia fundamental entre el protestantismo y el catolicismo. El protestantismo enfatiza el individualismo religioso y el papel de la conciencia religiosa subjetiva.

Los creyentes protestantes solo aceptan dos sacramentos: el bautismo y la eucaristía; no practican la confesión individual; rechazan el culto a María, a los santos, las indulgencias y las reliquias. La Iglesia protestante contemporánea está fragmentada, ya que cree que no puede identificarse con ninguna iglesia institucionalizada. Entre las iglesias protestantes se encuentran los bautistas, los metodistas, el movimiento pentecostal y la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Con la excepción de los adventistas del séptimo día, el estilo de vida de los protestantes no difiere significativamente del de los católicos. Muchas iglesias protestantes libres tienen normas estrictas de ayuno. Los adventistas del séptimo día no fuman, no beben alcohol ni consumen drogas, incluidos el café y el té fuerte. Se recomienda una dieta vegetariana, aunque se permite el consumo de carne de vacuno, cordero, venado y aves, como el pollo y el pavo. Un aspecto fundamental de la vida protestante es el trabajo, considerado una vocación y un deber humano. Rechaza el enfoque consumista de la vida y la cultura secularizada del ocio.



Martin Luther

Los protestantes aceptan la donación de órganos, los trasplantes de órganos y las transfusiones de sangre. La mayoría de las iglesias protestantes no recomiendan la inseminación artificial, pero tampoco la rechazan. La Iglesia Pentecostal no permite ninguna forma de manipulación genética, mientras que la Iglesia Adventista del Séptimo Día permite la inseminación artificial solo si el material genético proviene de una pareja casada. En el protestantismo, el aborto se considera un pecado, pero la Iglesia no impone una solución única a sus fieles; se debe respetar la decisión de la madre o de la pareja. La eutanasia activa no se acepta, pero la decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos se diferencia y se separa de la eutanasia. El cuidado de un paciente en los últimos momentos de su vida debe tener en cuenta las diferencias derivadas de la pertenencia a una comunidad religiosa específica. Las diferencias surgen, por ejemplo, cuando un recién nacido en estado crítico puede ser bautizado con el consentimiento de los padres. Esta práctica está permitida en las Iglesias Evangélicas Luteranas y Metodistas. El cuidado de una mujer embarazada, una mujer en posparto, un recién nacido o un niño enfermo no requiere ninguna acción especial más allá de las comúnmente aceptadas y practicadas en la asistencia sanitaria actual. (Majda et al., 2009; Swihart et al., 2023).

12.2.5 Judaísmo

La religión judía se remonta al segundo milenio antes de Cristo. El judaísmo no es una revelación, una doctrina ni las enseñanzas de un maestro inspirado (como en el budismo, el catolicismo o el islam), sino el resultado de una lenta creación colectiva en la que participaron figuras como Abraham, Jacob, David y los profetas de Israel. Desde la antigüedad hasta la actualidad Hoy en día, la Biblia sigue siendo la base de la vida, el



pensamiento y el culto en la religión judía. La Biblia hebrea es una vasta obra literaria que consta de tres partes, la más importante de las cuales es la Torá. Para hacerla accesible a los fieles, se escribió un extenso comentario conocido como el Talmud. A pesar de su importante dispersión por todo el mundo, los judíos se han mantenido fieles a su religión. Sin embargo, muchos no observan estrictamente los mandamientos de su fe. Hoy en día, solo alrededor del diez por ciento de los judíos practican el judaísmo tradicional, conocido como judaísmo ortodoxo. Esta rama considera que la Biblia hebrea está inspirada. Sin embargo, el judaísmo conservador no está de acuerdo con esta visión y afirma que la Torá (el libro sagrado del judaísmo) fue inventada por rabinos que intentaban adaptar el judaísmo a la nueva era. El judaísmo reformista es el más liberal y rechaza la mayoría de las prácticas religiosas tradicionales. Los escritos rabínicos tratan al ser humano como un todo inseparable de cuerpo y alma.

Una persona tiene la obligación moral de cuidar su cuerpo. La comida debe ser kosher, preparada según las normas derivadas de las leyes y reglamentos judíos basados en los escritos de la Torá. Los judíos ortodoxos observan estrictamente estas normas. En las comunidades judías hay asociaciones en las que los miembros cuidan a los enfermos y moribundos (los hombres cuidan a los hombres y las mujeres a las mujeres). Existe la obligación de cuidar a los que sufren, y descuidar esta obligación se considera una falta de virtud. El sabbat es el séptimo día de la semana, que cae en sábado, y su observancia comienza el viernes por la noche con el encendido de velas. Está prohibido todo trabajo remunerado y hay exactamente 39 actividades prohibidas que no se pueden realizar durante el sabbat. Los judíos aceptan la donación de órganos, los trasplantes de órganos, las transfusiones de sangre y la inseminación artificial dentro del matrimonio. Permiten el uso de anticonceptivos orales e intrauterinos. Se oponen al aborto, pero cada caso se trata de forma individual. El judaísmo reformista acepta la cremación y las autopsias; los judíos ortodoxos se oponen a ellas. La ley judía rechaza cualquier medio para acortar la vida humana y está en contra de la eutanasia.

La tradición judía exige un cuidado especial para las mujeres embarazadas; no están obligadas a ayunar, pero es su deber cooperar con el personal médico y someterse a todos los exámenes médicos recomendados. Después del parto, las mujeres son ritualmente impuras durante siete días en el caso de un niño varón y durante catorce días en el caso de una niña. Las mujeres de algunas ramas del judaísmo se cubren la cabeza en lugares públicos, incluidos los hospitales. Al ingresar en el hospital, se debe garantizar que la paciente disponga de platos y cubiertos desechables, tal y como exige la necesidad de segregar los alimentos. Si es necesario, se debe permitir a los familiares traer comida de casa y, si esto no es posible, se debe proporcionar una dieta vegetariana. Los niños son circuncidados ocho días después del nacimiento. El cuidado de los niños judíos es el mismo que en otras religiones y entre los ateos. Todas las vacunas se administran según el calendario de vacunación. En la tradición judía, los niños alcanzan la madurez y comienzan a ser tratados como adultos cuando cumplen 13 años (los niños) o 12 (las niñas).

Para el judaísmo, la vida humana es el valor más importante. Los pacientes son responsables de su salud y cooperan activamente con el personal médico para re-

cuperarse. Las familias suelen cuidar a los pacientes en el hospital, por ejemplo, ocupándose de la higiene para proteger la privacidad del paciente. Los judíos ortodoxos siguen el principio de no tocar a miembros del sexo opuesto. Sin embargo, en casos de enfermedad grave, se levantan todas las restricciones.

Si el estado del paciente empeora significativamente, se debe permitir a la familia permanecer con él, incluso si es numerosa. Los familiares animan al paciente gravemente enfermo a reflexionar sobre su conciencia. Tras la muerte del paciente, el cuerpo se prepara ritualmente en una sala especialmente equipada, nunca en el hospital. La presencia del cuerpo del difunto es fuente de impureza, y tocarlo requiere el lavado ritual de las manos como signo de purificación espiritual (Majda et al., 2009; Gabbay et al., 2017).

12.2.6. Islam

Es la religión monoteísta más joven, fundada en el siglo VII. Su escritura sagrada es el Corán, que contiene revelaciones entregadas a la humanidad por el profeta Mahoma en lengua árabe. El Corán comprende declaraciones doctrinales, principios relativos al culto religioso, normas morales, directrices para un comportamiento adecuado, leyes alimentarias, derecho civil y penal, derecho internacional y narraciones religiosas. Toda la cultura y civilización musulmana se basa en él. Además del Corán, la fuente de conocimiento es también la Sunna, la tradición del profeta Mahoma, que consiste en hadices, registros de los comportamientos, dichos, decisiones y acciones de Mahoma, que ofrecen un modelo a imitar (Szopski, 2005). El principio fundamental del islam es la lealtad a la religión y a Dios. La oración es un elemento muy importante, es una forma de veneración y alabanza a Dios. Todos los musulmanes deben rezar cinco veces al día, de pie en un lugar limpio, como una alfombra de oración, mirando hacia La Meca, la ciudad santa del islam. La limosna es otra práctica

simbólica que expresa la disposición al sacrificio en nombre de la religión. El ayuno consiste en abstenerse de comer y beber durante 30 días, desde el amanecer hasta el anoecer, durante el mes de Ramadán. Solo se permite comer antes del amanecer y después del anoecer. El ayuno es una obligación para todos los musulmanes adultos. Se puede romper el ayuno si el trabajo de la persona es físicamente exigente o si existe la preocupación de que el ayuno pueda perjudicar a la persona o a otros. Todos los musulmanes deben peregrinar a La Meca.



Los musulmanes constituyen la segunda comunidad religiosa más grande del mundo (después del cristianismo). En Europa, el islam es la religión que más rápido crece, con el mayor aumento de seguidores, no solo debido a la afluencia de inmigrantes, sino también a la alta tasa de natalidad y a las conversiones.

El islam hace hincapié en la importancia de mantener la salud. Las medidas preventivas incluyen el ayuno, la oración, el lavado ritual del cuerpo, la limosna y el matrimonio, así como prohibiciones como el consumo de alcohol, el tabaco, las drogas, el adulterio, el juego y el consumo de carne de cerdo. La familia musulmana es patriarcal. La religión musulmana no impone restricciones a la donación o el trasplante de órganos. Las transfusiones de sangre y los productos sanguíneos están permitidos y aceptados.

La ley islámica acepta los métodos de inseminación artificial cuando se utilizan en el contexto del matrimonio. En los diferentes países musulmanes existen diversas opiniones sobre el uso de métodos anticonceptivos; en algunos países están permitidos si sirven para proteger la salud de la mujer. En el Corán y la Sunna, el aborto está prohibido después del 120º día de embarazo, aunque las opiniones sobre esta cuestión varían; en algunos países, el aborto está totalmente prohibido. El islam se opone a la cremación, ya que el cuerpo después de la muerte debe ser dispuesto de tal manera que el rostro quede orientado hacia La Meca. Las autopsias solo están permitidas por razones médicas y legales. La eutanasia está condenada, pero se aconseja abstenerse de utilizar métodos artificiales para prolongar la vida. Durante el período posparto, la mujer no ayuna, no mantiene relaciones sexuales ni reza, sino que se centra en recuperar fuerzas. Se recomienda la lactancia materna durante dos años. Las mujeres musulmanas suelen ser reacias a someterse a exámenes ginecológicos si el médico es un hombre. En la cultura islámica no existe la tradición del parto en familia (Leong et al., 2016).

El nacimiento de un niño es una gran alegría para la familia. Tan pronto como la comadrona corta el cordón umbilical, se debe susurrar al oído del recién nacido la palabra *adhan* (llamada a la oración). Existen diversas tradiciones locales, como bañar al bebé cuatro veces después del nacimiento o colocar un dátil masticado en su boca. La circuncisión, que se practica a los niños desde el séptimo día hasta los 15 años, es una costumbre que aún se mantiene en la actualidad. Se permiten todas las vacunas, los procedimientos que salvan vidas y las transfusiones de sangre. Los musulmanes suelen utilizar la medicina natural, como la fitoterapia, la apiterapia, la homeopatía y la psicoterapia, como complemento de la medicina convencional.

En el islam no existen sacramentos como los del catolicismo, tales como la confesión, la penitencia o la unción de los enfermos. La tradición musulmana exige que los familiares más cercanos se sienten junto al moribundo, lo toquen y recen juntos. La última palabra que debe pronunciar un musulmán es «Dios». La primera acción tras la muerte es la purificación ritual, realizada por una persona del mismo sexo. El difunto se envuelve en un sudario y se coloca en la tumba sin ataúd, aunque en los países europeos los musulmanes entierran a sus muertos en ataúdes (Ordys y Eszyk, 2007; Majda et al., 2009; Almansour et al., 2017).

12.2.7. Hinduísmo

Actualmente es uno de los sistemas religiosos más grandes del mundo en cuanto al número de seguidores. Lo practican más de mil millones de personas, principalmente en la India. Casi todas las regiones tienen sus propias costumbres, creencias, prácticas de adoración a los dioses, tradiciones y rituales. La adoración a los dioses es muy animada, con estatuas decoradas con flores y frutas, y fieles que cantan himnos y letanías. La posición de un individuo en el sistema de castas depende de su origen, sus cualificaciones y el tipo de trabajo que realiza. Hay cuatro grupos sociales básicos: brahmanes, kshatriyas (guerreros), vaishyas (comerciantes y agricultores) y shudras (trabajadores). También hay personas que no pertenecen a ninguna casta, conocidas como «intocables», que ocupan la posición más baja de la sociedad india.

Una peregrinación al río Ganges para realizar un baño ritual tiene un gran significado para muchos hindúes. Su propósito es eliminar los efectos negativos del karma. El creciente interés por el hinduismo en Europa está relacionado con sus creencias y tradiciones, el vegetarianismo, el yoga y algunos elementos de la medicina ayurvédica.

Los conceptos de salud, enfermedad y muerte en el hinduismo se basan en fundamentos religiosos, filosóficos y mágicos. Dado que el destino de todos los seres depende de encarnaciones anteriores, todas las manifestaciones de felicidad y desgracia, bien y mal, prosperidad, enfermedad y sufrimiento pueden interpretarse como consecuencias directas de acciones en una vida pasada. Se puede evitar la enfermedad mediante la oración, la dedicación y diversas prácticas religiosas. Por el contrario, las consecuencias negativas de las malas acciones cometidas en una vida anterior pueden reducirse o incluso eliminarse llevando una vida virtuosa de



acuerdo con prácticas desarrolladas para liberarse del ciclo de la reencarnación, como el ascetismo y el yoga, que tienen como objetivo neutralizar los factores que afectan al «alma errante». Para lograr este objetivo, hay que aislarse de la sociedad, ayunar, mortificar el cuerpo y meditar. En el hinduismo, la salud se considera sinónimo de vida.

El sistema de medicina natural llamado Ayurveda se ha alejado de los enfoques mágicos y religiosos de la salud y busca explicar racionalmente los problemas de salud. El objetivo último de la vida en el hinduismo es ascender a niveles superiores en la jerarquía del ser, por lo que la muerte no se considera un acontecimiento negativo. Para prepararse para la muerte, hay que emprender una peregrinación a Varanasi, un lugar de purificación ritual situado en la orilla izquierda del río Ganges. Atrae a muchas personas enfermas y moribundas y es también un lugar donde se practican suicidios rituales (Arora, 2024).

El trasplante de órganos se considera positivo porque prolonga la vida de otra persona, permitiéndole así cumplir su karma. Las transfusiones de sangre también están permitidas. Sin embargo, hay opiniones contradictorias, ya que algunos sostienen que cualquier intento de prolongar artificialmente la vida atrapa el alma en el cuerpo viejo, alterando el ciclo natural del nacimiento y la muerte.

La inseminación artificial es aceptada en el hinduismo. El valor más importante en el hinduismo es la familia. Tener hijos y planificar la familia están vinculados a las esferas sexual y erótica, que ocupan un lugar importante en la cultura hindú. Las actitudes hacia el sexo, la anticoncepción y la planificación familiar varían según la secta del hinduismo. El aborto se considera una causa de mal karma y puede conducir a una caída a un nivel inferior en la jerarquía de los seres.

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento importante. A menudo, las mujeres hindúes, independientemente de su estado de salud y situación económica, desean quedarse embarazadas porque les libera de las pesadas tareas domésticas y el trabajo físico. Las mujeres embarazadas están sujetas a muchas prohibiciones, entre ellas evitar el ayuno, perder peso y viajar. Sus maridos pueden acompañarlas durante el parto. Pueden dar a luz de forma natural o por cesárea. La madre debe descansar durante 40 días después del parto. La incapacidad de tener hijos, el aborto espontáneo o la pérdida de un hijo pueden considerarse un castigo para la mujer, lo que conlleva un trato peor por parte de sus familiares. Tras el nacimiento de un niño, en muchas familias se celebra una ceremonia para ahuyentar a los espíritus malignos.

La calidad de la asistencia sanitaria en la India depende del origen del paciente, su nivel educativo, su profesión y, lo más importante, su situación económica. Los hospitales de alta categoría solo son accesibles para quienes disponen de los recursos económicos necesarios, por lo que algunos inmigrantes de la India pueden encontrarse en un hospital por primera vez en Europa, ya que la atención a los pobres suele prestarse únicamente en el hogar o en residencias de ancianos.

En la cultura india, la autopsia se considera una transformación de la conciencia del alma, que, tras la muerte, se separa del cuerpo para adoptar una nueva forma

material. Otro factor que influye en el ciclo del nacimiento, la vida y la muerte es la cremación, una de las costumbres hindúes más antiguas relacionadas con la muerte. El cuerpo debe ser incinerado para alcanzar la liberación. La cremación es principalmente una forma de purificación.

La eutanasia se considera una muerte elegida y una forma de escapar de la vida y del sufrimiento que conlleva. En la India, la eutanasia pasiva está permitida; se retira la alimentación y la hidratación a petición del paciente. El enfoque respecto al tratamiento de soporte vital persistente está claramente definido: cuando el cerebro pierde su actividad, no se debe mantener artificialmente el funcionamiento del cuerpo.

Las últimas etapas de la vida implican una preparación continua para la muerte. Hay que resolver los asuntos temporales. Las personas de las castas más bajas son atendidas por sus familiares en sus hogares, pero a menudo ocurre que los enfermos y agotados mueren en las calles sin asistencia. En las castas más altas, los pacientes en la etapa final de la vida reciben atención en hospitales. Los cuidadores mantienen el contacto con el paciente hasta su muerte, pero tratan de no tocar el cuerpo, según la tradición, ya que se considera impuro. Hay un grupo de

Personas especializadas que se ocupan profesionalmente del difunto a cambio de una remuneración. Tras la muerte, el cuerpo, envuelto en un paño fino, se coloca en una pira funeraria (de sándalo para las castas más ricas y de estiércol de vaca secado al sol para los pobres), se cubre con flores y es prendido por el hijo mayor; si el difunto es una mujer, el fuego lo enciende su marido o su hijo menor. Después de la cremación, las cenizas se arrojan al río sagrado Ganges o a un lago (Majda et al., 2009; Chakraborty et al., 2017).

12.2.8. Budismo

El budismo surgió como sistema religioso en el siglo VI a. C. en la India. El fundador del budismo, el Buda «Iluminado», Siddhartha Gautama, renunció a su vida lujosa y cómoda para practicar el ascetismo, que más tarde abandonó en favor de alcanzar la iluminación, entendida como la liberación del ciclo continuo del nacimiento, la muerte y el sufrimiento. Cien años después de la muerte de Buda, el movimiento se dividió en dos ramas principales: el Hinayana y el Mahayana. La primera se centró en el estudio de los textos de Buda, mientras que las enseñanzas de la rama Mahayana se centraron principalmente en la comprensión del vacío y la naturaleza de Buda. En su práctica espiritual, desarrollaron la capacidad de amar con bondad, comprender la naturaleza de la realidad y profundizar en el conocimiento de la naturaleza de Buda. La segunda rama dio lugar a la práctica del Vajrayana, que se extendió al Tíbet (formando la base del lamaísmo) y a partes de China.

Es importante acumular karma (mérito) a través de acciones motivadas por el amor, la compasión y la gratitud. El dinero, los títulos y la familia, todo esto desaparece cuando morimos. La filosofía budista no se refiere al concepto de un Creador, sino que cree en la ley de causa y efecto, entendida como el resultado de las acciones positivas y negativas. El desarrollo espiritual, cuyo objetivo es cultivar la



bondad, el amor, la compasión y la sabiduría, y eliminar los tres venenos fundamentales de la mente —el deseo, la ira y la ignorancia— conduce a la iluminación y rompe el ciclo del renacimiento y la muerte. El nacimiento, la enfermedad, la vejez, la muerte o el contacto con algo que no produce placer se consideran sufrimiento. La libertad del sufrimiento se puede alcanzar superando las emociones negativas como la ira, los celos, el odio, el deseo y la falsa autoestima.

En la medicina budista, hay cuatro categorías de trastornos (enfermedades). La primera categoría incluye enfermedades derivadas del karma acumulado en vidas pasadas; la segunda incluye enfermedades que se originan en las primeras etapas de la vida; la tercera es causada por espíritus; y la última es el resultado de una dieta deficiente o un comportamiento inadecuado. La medicina tibetana también aborda enfermedades crónicas, incluido el cáncer (Bauer-Wu et al., 2014).

El budismo suele apoyar las transfusiones de sangre, la donación de órganos y los trasplantes, ya que donar un órgano a otra persona traerá resultados positivos en la próxima encarnación. Las diferentes sectas budistas tienen diversas posturas sobre la planificación familiar y la anticoncepción. En la práctica, se reconoce la necesidad de estos métodos. Actualmente, los métodos aceptados por los budistas incluyen los anticonceptivos orales, los preservativos, los diafragmas, la esterilización y los métodos naturales. El budismo acepta la reproducción asistida, aunque la considera un intento de influir en el karma, es decir, el camino de la vida para la próxima encarnación.

Según la tradición budista, la vida humana comienza en el momento de la concepción. En las escuelas budistas tradicionales, el aborto se considera ilegal y solo se

permite si la vida de la madre está en peligro. Ha habido excepciones a esta norma a lo largo de la historia, como en el Japón de la posguerra, donde se practicaba el aborto para reducir la natalidad (rituales mabiki y mizuko kuyo). El budismo acepta la cremación y no se opone a la autopsia, centrándose en la conciencia más que en el cuerpo humano. El budismo se opone firmemente a la eutanasia, ya que conduce a la acumulación de karma negativo.

El budismo concede gran importancia a tener hijos. Una mujer embarazada debe cuidar su salud física y mental. El pensamiento positivo y las prácticas religiosas son esenciales. Se recomienda a las mujeres embarazadas una alimentación adecuada, descanso, sueño suficiente, paseos y evitar el trabajo pesado. La atención médica, un entorno tranquilo y rodearse de personas honestas facilitan el parto y reducen las emociones negativas asociadas al dolor. Después del parto, las mujeres pueden participar en todas las prácticas religiosas. Por lo general, amamantan a sus hijos durante al menos un año. Tradicionalmente, se elabora un horóscopo para cada recién nacido. Todas las personas que entran en contacto con el recién nacido en su primer día de vida deben ser amables con él. A petición de los padres, el Dalai Lama elige el nombre del niño mientras aún está en el útero.

El proceso de curación de un adulto consiste en seguir recomendaciones dietéticas, incluida la eliminación de alimentos que alteran el equilibrio del organismo. El paciente debe tomar las hierbas recetadas por el médico. Según la concepción budista, la recuperación es posible si las prácticas religiosas se combinan con prácticas espirituales, como la meditación, y prácticas físicas, como cambios en el estilo de vida, por ejemplo, abandonar las adicciones.

En el budismo, la muerte se considera el momento más importante de la vida, y su curso se divide en etapas. Según la filosofía budista, el cuerpo está compuesto por los elementos tierra, agua, fuego, aire y espacio, que crean y sostienen el cuerpo hasta la muerte. La descomposición externa comienza cuando cesa la actividad sensorial y se pierden la fuerza y la energía. El control sobre las funciones fisiológicas y la capacidad de percibir sensaciones físicas se desvanecen. Se produce una pérdida de calor y cambia la percepción de los estímulos externos. En la fase de desintegración del elemento aire, aparecen trastornos respiratorios y la persona pierde el contacto con el mundo material. Dependiendo de la vida que haya vivido, surgen visiones de todos los acontecimientos negativos y miedos. Si la persona ha vivido una vida buena y compasiva, se encontrará con sus seres queridos y experimentará visiones celestiales. El entorno de la persona enferma debe ser tranquilo. La familia y los amigos deben evocar sentimientos de amor, compasión y devoción. No se recomienda la presencia directa de los seres queridos, ya que la desesperación puede perturbar la calma del moribundo. El apoyo más importante es la presencia de un guía espiritual. La posición del cuerpo en el momento de la muerte también es importante. Tradicionalmente, se recomienda colocar al moribundo sobre su lado izquierdo, en la posición del «león dormido». Esta posición tiene como objetivo facilitar el reconocimiento de la luminosidad que aparece tras la muerte y ayuda a la conciencia a abandonar el cuerpo. Una gran ayuda para

la persona moribunda es la práctica del phowa, que consiste en visualizar rayos de luz que fluyen hacia la persona moribunda y la purifican. Es mejor realizar el phowa antes de tocar o mover el cuerpo. Esta práctica debe continuarse durante tres semanas después de la muerte. Las costumbres funerarias en el budismo varían y dependen de la región o el país. En Tailandia, el cuerpo del difunto se lleva a un monasterio, se lava y se incinera en un día determinado por el horóscopo. En el Tíbet, el cuerpo se envuelve en un paño blanco, se corta en pedazos y se deja que los pájaros lo consuman sin dejar rastro. Los cuerpos de los miembros respetados de la comunidad suelen quemarse en una pira (Majda et al., 2009; Khoo, 2023).

12.2.9. Testigos de Jehová

La organización religiosa fue fundada en 1872 por Charles T. Russell en Pensilvania, Estados Unidos. Para los testigos de Jehová, la Biblia es un texto sagrado, considerado la palabra inspirada de Dios, que tiene la máxima autoridad en sus creencias y prácticas religiosas. Según sus convicciones, la Biblia contiene la voluntad de Dios, sus leyes, sus principios morales y el plan para la salvación de la humanidad. Los testigos de Jehová no se aíslan de la sociedad, sino que viven y trabajan en ella; sin embargo, se abstienen de participar en la política o el servicio militar, ya que consideran que estas acciones contradicen las enseñanzas bíblicas. No participan en eventos ecuménicos, rechazan los rituales religiosos tradicionales y solo observan la conmemoración anual de la muerte de Jesucristo, que tiene lugar alre-



dedor de la Pascua. El bautismo se realiza por inmersión total en el agua y se lleva a cabo para personas que tienen la madurez suficiente para tomar esta decisión de forma consciente e independiente. Los testigos de Jehová participan activamente en la evangelización. No establecen normas estrictas en cuanto a las costumbres, no celebran fiestas ni cumpleaños, consumen muy poco alcohol y evitan los alimentos que contienen sangre animal.

Los testigos de Jehová están comprometidos con mantener su vida y su salud como un regalo de Dios. Por lo tanto, abordan el tratamiento médico con gran conciencia, disciplina, cooperando voluntariamente con el personal médico y velando diligentemente por la eficacia de su tratamiento. Sin embargo, los testigos de Jehová rechazan cualquier forma de transfusión sanguínea. Esta postura comenzó a defenderse después del año 1945. Desde entonces, tanto los adultos como los menores que son testigos de Jehová tienen prohibido dar su consentimiento para recibir transfusiones sanguíneas. Esta postura extrema ha dado lugar a numerosos estudios destinados a proporcionar terapias alternativas de sustitución de sangre y a desarrollar protocolos para el tratamiento de pacientes en estado crítico sin transfusiones de sangre (Villarejo et al., 2007; Tayloret et al., 2020). En el caso de los recién nacidos, los lactantes o los niños, la decisión sobre la transfusión la toman los padres, y el padre tiene la última palabra si hay desacuerdo entre ellos. Es importante señalar que, tanto desde el punto de vista jurídico como de la ética médica, la vida del niño es primordial y tiene prioridad sobre la protección de las creencias religiosas y la libertad personal de los padres. Si un médico no ve ninguna alternativa terapéutica, puede solicitar la intervención de un juez, quien, en determinadas circunstancias, puede revocar la patria potestad durante la duración del tratamiento. Todas las medidas deben ser transparentes y no pueden ocultarse a los padres.

Los testigos de Jehová tienen una postura positiva hacia la donación y el trasplante de órganos. La Biblia no prohíbe explícitamente recibir órganos y tejidos de otras personas, salvo la sangre. Cada miembro de la congregación toma una decisión personal sobre el trasplante de órganos de acuerdo con su conciencia (Cummins y Nicoli, 2018).

La eutanasia está explícitamente condenada, ya que es incompatible con las enseñanzas bíblicas. Para los testigos de Jehová, la vida comienza en el momento de la concepción, por lo que no se acepta el aborto. Ni la amenaza para la salud de la madre, ni el descubrimiento de defectos genéticos en el feto, ni los casos de violación o incesto justifican el aborto. La Biblia no condena el control de la natalidad dentro del matrimonio; la pareja puede elegir métodos anticonceptivos como decisión personal. Es esencial evitar las sustancias que puedan dañar al feto en desarrollo.

Para los testigos de Jehová, los funerales son una ocasión para expresar sus creencias religiosas. Su creencia en la resurrección les impide expresar tristeza o dolor por los fallecidos. Los testigos de Jehová no otorgan ningún significado religioso a los funerales. Las autopsias solo se permiten cuando lo exige la ley (Majda et al., 2009; Swihart et al., 2023).

12.2.10. Los gitanos (los romaníes).

El término “los gitanos” en España se utiliza por la propia etnia gitana para auto-determinarse. Son el grupo étnico más diverso y actualmente el más numeroso de Europa, con antepasados que probablemente procedían de la India y comenzaron a emigrar a Europa ya en el siglo VI. No tienen un Estado propio ni un territorio definido. Debido a la migración y al contacto con otras culturas, pueblos, lenguas, costumbres y religiones, se han diversificado enormemente. Desde la antigüedad, los romaníes se han dedicado a la metalurgia, la producción de metales, los malabares, la danza y la adivinación. Todo lo relacionado con los romaníes y su cultura se ha transmitido oralmente. Hoy en día, los romaníes se dividen en varios subgrupos, repartidos por todos los continentes. Entre ellos se encuentran los calós, los sinti, los kalderash, los doms y los romanichels. La mayoría de los romaníes son cristianos, algunos son musulmanes y otros mantienen su fe en el hinduismo. Una de las características más distintivas de su comportamiento social es la solidaridad dentro del grupo y la tolerancia. Todos los aspectos de la vida romaní se rigen por un código no escrito de leyes morales y prohibiciones, que ha evolucionado a partir de la tradición y siglos de experiencia (ley gitana). El incumplimiento de estas normas puede acarrear consecuencias como el «destierro» o la expulsión del grupo. Los romaníes dividen el mundo en «nuestro» y «el de los otros, los no romaníes». Recurren a elementos del «otro» mundo para satisfacer sus necesidades, utilizando los servicios hospitalarios en casos de parto, enfermedad o muerte. En muchos casos, se resisten a la hospitalización prolongada y consideran que las intervenciones quirúrgicas son muy peligrosas. En algunos grupos romaníes existe la creencia de que cuanto más grande es una persona, más feliz y sana es, lo que a menudo da lugar a la obesidad, mientras que un físico delgado se considera un signo de enfermedad o pobreza (Majda et al., 2009; Poveda et al., 2014; Krasnowolski, 2022).

La atención sanitaria no suele considerarse una de las principales prioridades en las comunidades de etnia gitana. En muchos casos, la donación y el trasplante de órganos se consideran procedimientos en los que no confían y que rechazan. La mayoría prefiere no hablar de la muerte ni de la donación de órganos tras la muerte. Aceptan transfusiones de sangre para salvar sus vidas (Ríos et al., 2023). La fecundación in



vitro no está permitida. La infertilidad es un tema tabú, al igual que la anticoncepción, y los romaníes a menudo no desean hablar de estos temas.

El aborto se considera un pecado; se entiende como el asesinato deliberado de un niño romaní y está estrictamente prohibido. La base de la existencia romaní es la familia, que normalmente son familias numerosas, con muchos hijos y muy extensas. La vida gira en torno a esta unidad social. El nacimiento del primer hijo es muy esperado; su ausencia se considera un castigo por los pecados. La infertilidad entre los romaníes da lugar a la llamada adopción interna, en la que otra pareja casada entrega su recién nacido a una familia sin hijos. El embarazo fuera del matrimonio se considera un delito, que supone la pérdida del honor y el respeto, y puede dar lugar a disputas entre familias. El tema del parto es tabú y no se habla de él. En la actualidad, la mayoría de los partos tienen lugar en hospitales. La hospitalización ayuda a aislar a la mujer que da a luz de la comunidad romaní. Las mujeres romaníes prefieren que las atienda personal femenino. El padre nunca está presente en el parto. A menudo espera fuera del hospital hasta que termina el parto y solo aparece brevemente para ver a su hijo. Después de regresar a casa, la madre queda aislada en su hogar. La madre o la suegra se encargan de las tareas domésticas. Este aislamiento dura hasta seis meses. El recién nacido también tiene un contacto limitado con el padre y el abuelo, que a menudo no tocan al nieto durante los tres primeros meses de vida.

Los romaníes rechazan la cremación. Pueden aceptar una autopsia si se trata de un procedimiento judicial. No aceptan la eutanasia. La solidaridad de la comunidad romaní se hace más evidente durante la enfermedad y la muerte de un miembro de la familia. Un numeroso grupo de parientes cercanos se reúne para cuidar con atención al enfermo y al moribundo. Hoy en día, los romaníes mueren principalmente en hospitales. El llanto y los lamentos forman parte del comportamiento asociado a la muerte entre los romaníes. (Kozubik et al., 2019)

Los romaníes tratan a los difuntos con gran respeto y honran su memoria. Según la tradición, deben morir lejos de su lugar de residencia; en el pasado, se sacaba la cama de la casa. Los familiares más cercanos deben estar presentes en el hospital con el enfermo, velándolo y pidiendo perdón incluso por las cosas más insignificantes para asegurarse de que no reciba «visitas» después de la muerte. (Kowarska, 2005; Majda et al., 2009; Ficowski, 2013; Nowicka, 2014; Comisión Europea, 2020).

El cuidado y la atención al paciente requieren satisfacer las necesidades culturales y las creencias de las personas y sus familias. La religión suele proporcionar orientación espiritual y hace hincapié en la atención sanitaria. La cultura y la religión de una persona pueden influir significativamente en sus opiniones sobre la atención sanitaria y los profesionales de la salud. Los estudiantes de medicina y ciencias de la salud, como futuros profesionales, deben comprender los orígenes y las creencias de estos pacientes para garantizar una atención sanitaria culturalmente sensible en el futuro (Swihart et al., 2023).

Referencias

- Almansour, H. A., Chaar, B., & Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. *Diabetes Therapy*, 8(2), 227-249. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0233-z>
- Arora, A., & Kumar, A. (2024). Liver and liver disease in Hinduism. *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 23(1), e0245. <https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000245>
- Bauer-Wu, S., Lhundup, T., Tidwell, T., Lhadon, T., Ozawa-de Silva, C., Dolma, J., Dorjee, P., Raptan Neshor, D., Sangmo, R., & Yeshe, T. (2014). Tibetan medicine for cancer: An overview and review of case studies. *Integrative Cancer Therapies*, 13(6), 502-512. <https://doi.org/10.1177/1534735414549624>
- de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- Callender, K. A. (2015). Understanding antigay bias from a cognitive-affective-behavioral perspective. *Journal of Homosexuality*, 62(6), 782-803. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.998965>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & Supportive Care*, 15(5), 609-622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
- Center of the Study of Global Christianity. (2022). Retrieved February 26, 2025, from <https://www.gordonconwell.edu/center-for-global-christianity/>
- Cummins, P. J., & Nicoli, F. (2018). Justice and respect for autonomy: Jehovah's witnesses and kidney transplant. *Journal of Clinical Ethics*, 29(4), 305-312. PMID: 30605440
- Donum Vitae. (1987). John Paul II. Retrieved February 2, 2025, from https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html
- Duckitt, J. (2014). Prejudice: Its social psychology. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 35. Retrieved February 10, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/263497849_Prejudice_its_social_psychology/citation/
- European Commission. (2020). Roma equality, inclusion, and participation in the EU. Retrieved February 19, 2025, from https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en
- Evangelium Vitae. (1995, March 25). John Paul II. Retrieved February 3, 2025, from https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- Ficowski, J. (2013). *Cyganie na polskich drogach*. Wyd. Nisza.
- Fouka, G., Plakas, S., Taket, A., Boudioni, M., & Dandoulakis, M. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: Their uptake and meanings. *Journal of Nursing Management*, 20(8), 1058-1068. <https://doi.org/10.1111/jonm.12024>
- Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-Orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 545-560. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0356-6>

Giger, J. N., & Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (8th ed.). Elsevier.

Griswold, W. (2012). *Cultures and societies in a changing world*. SAGE Publications

Groh, A. (2019). *Theories of culture*. Routledge.

Gwynn, D. M. (2007). From iconoclasm to Arianism: The construction of Christian tradition in the iconoclast controversy. *Greek, Roman, and Byzantine Studies*, 47, 225-251. Retrieved February 18, 2025, from <https://grbs.library.duke.edu/index.php/grbs/article/view/651/731>

Iglesias, A., Gómez i Segalà, J., & Twose, J. (2023). Diversidad religiosa y la donación de órganos y tejidos. Generalitat de Catalunya. Organización Catalana de Trasplantes. Retrieved February 15, 2025, from https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9636/guia_sobre_%20diversitat_%20relig%20iosa%20_donaci%C3%B3_organos_teixits_2023_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Khoo, T. (2023). Buddhism. In M. K. Calhoun (Ed.), *Cancer treatment research* (Vol. 187, pp. 153-159). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29923-0_11

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S., & Fielding, J. E. (2011). Healthy People: A 2020 vision for the social determinants approach. *Health Education & Behavior*, 38(6), 551-557. <https://doi.org/10.1177/1090198111428646>

Kowarska, J. (2005). *Polska Roma. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa.

Kozubik, M., van Dijk, J. P., & Filakovska Bobakova, D. (2019). Aspects of illness and death among

Roma: Have they changed after more than two hundred years? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4796. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234796>

Krasnowolski, A. (2022). Cyganie/Romowie w Polsce i w Europie: Wybrane problemy historii i współczesności. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/5/plik/ot-603.pdf>

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam influences end-of life care: Education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771-774.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034>

Majda, A., Ogórek-Tęcza, B., & Zalewska-Puchała, J. (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. PZWŁ.

Nowicka, E. (2014). Kontrowersja religijna i kontrowersja kulturowa. Romowie zielonoświątkowcy w Szaflarach. *Studia Humanistyczne AGH, People* 65-183. 13(3), https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/studia-humanistyczne-agh/2014-tom-13-numer3/studia_humanistyczne_agh-r2014-t13-n3-s165-183.pdf

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (ODPHP). (2020). Social determinants of health: Healthy 2030. Retrieved February 12, 2025, from <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

Ordys, D., & Eszyk, J. (2007). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań. In E. Krajewska-Kulak, W. Nyklewicz, J. Lewko, & C. Łukaszuk (Eds.), *W drodze do brzegu życia* (Vol. 2, pp. 87-94). Wydawnictwo AM w Białymstoku. Retrieved February 15, 2025, from https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/Dziekanat-WNOZ/monografia/tom_2%281%29.pdf

Pawlak, Z. (2002). *Katolicyzm A-Z*. Księgarnia Św. Wojciecha.

- Pew Research Center. (2018). Being Christian in Western Europe. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.pewresearch.org/religion/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/>
- Poveda, A., Ibáñez, M. E., & Rebato, E. (2014). Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. *Annals of Human Biology*. Retrieved February 15, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/260377289_Obesity_and_body_size_perceptions_in_a_Spanish_Roma_population
- Pruszyński, J., & Grabowska-Grzyb, A. (2007). Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontologia Polska*, 15(4), 128-136.
- Real Academia Española. (n.d.). Cultura. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/cultura?m=form>
- Real Academia Española. (n.d.). Sociología. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/sociolog%C3%ADA?m=form>
- Real Academia Española. (n.d.). Religión. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n?m=form>
- Ríos, A., López-Gómez, S., Belmonte, J., Balaguer, A., Gutiérrez, P. R., Ruiz-Merino, G., Ayala-García, M. A., Ramírez, P., & López-Navas, A. I. (2023). The Roma population's fear of donating their own organs for transplantation. *Cirugía Española (English Edition)*, 101(5), 350-358. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.043>
- Samaritanus Bonus. (2020). Congregation for the Doctrine of the Faith. Retrieved February 10, 2025, from <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/09/22/carta.html>
- Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin, R. L. (2023). Cultural Religious Competence in Clinical Practice. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Reflexión final: Las prácticas religiosas y culturales y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo ofrece una amplia visión general de **las prácticas religiosas, espirituales y culturales** relacionadas con la salud, destacando su influencia en las decisiones de los pacientes y en el proceso de atención. Esta diversidad de perspectivas se alinea estrechamente con los valores del modelo EMPOWER, particularmente en las áreas de multiculturalismo, profesionalismo, eficacia y recursos educativos.

El autor hace hincapié en que una atención competente requiere **apertura, diálogo respetuoso y evitar los estereotipos**, lo que refleja el principio fundamental de EMPOWER de **humildad cultural**. El capítulo muestra cómo las creencias religiosas pueden influir en las actitudes hacia la donación de órganos, las transfusiones, el aborto o los cuidados al final de la vida, lo que demuestra que la prestación de una atención sanitaria eficaz exige **flexibilidad y respeto por los valores de los pacientes**.

Los ricos ejemplos de prácticas de diversas religiones y grupos étnicos constituyen un valioso **recurso educativo**, en consonancia con el énfasis de EMPOWER en **el aprendizaje cultural basado en la experiencia**. El capítulo también subraya la necesidad de desarrollar sólidas **habilidades comunicativas** y éticas cuando se trabaja con pacientes de diferentes sistemas de creencias, algo fundamental para la visión de EMPOWER de **una profesionalidad reflexiva**.

En resumen, este capítulo demuestra que **comprender la diversidad cultural y religiosa no consiste en memorizar datos, sino en adoptar una actitud de respeto y aprendizaje continuo**, que es la base de una atención eficaz, empática y equitativa, en plena consonancia con el espíritu del modelo EMPOWER.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 13

Multiculturalismo en la medicina: cuestiones éticas

MAGDALENA KUCZYŃSKA

Universidad Médica de Pomerania en Szczecin (Polonia)

“

Toda la vida real es encuentro.

— Martin Buber

13.1. Introducción

El término «cultura» puede aplicarse tanto a los grupos sociales como a los individuos que los componen. La cultura de una sociedad consiste, entre otras cosas, en el lenguaje, los sistemas colectivos de creencias, convicciones, opiniones, valores (incluidos los valores morales), normas, rituales, así como el conocimiento, el arte y el derecho (Spencer-Oatey, 2012; Gajda, 2003). Una persona que es miembro de un grupo social cocrea la cultura colectiva al tiempo que se nutre de ella. Además, aporta sus recursos culturales individuales, como la raza, el género, la edad,

Cada encuentro con otra persona es una confrontación con su cultura distintiva en su comprensión multifacética.

la orientación sexual, la jerarquía de valores personales y la visión del mundo. Esta comprensión de la cultura crea un espacio para el desarrollo de dos estructuras sociales polarizadas: la monoculturalidad y el multiculturalismo. En el contenido que se presenta a continuación, se dirige la atención del lector hacia el multiculturalismo en un contexto moral.

El proceso de interacción con el material presentado en el capítulo puede adoptar dos formas: una interacción no reflexiva y, por lo tanto, menos impactante, con el material teórico, o una asimilación activa del material con un profundo sentido de su dimensión práctica, lo cual es muy recomendable. El proceso de aprendizaje es más eficaz cuando el estudiante está convencido de que los conocimientos adquiridos le serán útiles en la práctica. Entonces, ¿dónde podemos encontrar relaciones interpersonales multiculturales en el campo de la medicina?

Los estudiantes a los que va dirigido este libro viven en diversas partes del mundo. Entre ellos se encuentran países con estructuras sociales complejas que acogen numerosas culturas. A estos lectores les resultará más fácil situar el contenido de este capítulo en su vida cotidiana, saturada de encuentros con el multiculturalismo, en un sentido más restringido (llamémoslo restringido a efectos de este capítulo), refiriéndonos principalmente a la nacionalidad, la religión, el origen y la orientación sexual. A primera vista, podría parecer que los lectores que viven en países que no son destinos habituales de inmigración y que, por lo tanto, se caracterizan por manifestaciones relativamente homogéneas de la cultura social, se encuentran en una situación algo diferente. Sin embargo, el multiculturalismo va sin duda más allá de esta interpretación restrictiva. Como se mencionó al principio del capítulo, cada persona posee un conjunto de componentes culturales que le son propios. Algunos de ellos son permanentes, como el género, mientras que otros cambian constantemente, como la edad. Esta es la primera idea básica que el lector debe extraer de este capítulo: **no debemos buscar el multiculturalismo solo en su sentido estricto (por ejemplo, un paciente es un turista procedente de una parte del mundo culturalmente diferente). Cada encuentro con otra persona es un encuentro con su cultura distintiva en un entendimiento multifacético.**

Pasando al núcleo del capítulo, hay que plantear dos preguntas esenciales:

- ¿Qué valores y normas morales contribuyen a la formación de una actitud prosocial hacia la diversidad cultural?

- ¿Por qué la implementación de los valores y normas morales propuestos puede ayudar a optimizar el funcionamiento en el entorno médico (con especial atención a la atención al paciente) en el contexto del multiculturalismo, respetando al mismo tiempo la identidad cultural propia?

Objetivos

A través de este capítulo, los estudiantes mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades y serán capaces de:

- Caracterizar la terminología utilizada en el texto en su significado general.
- Contextualizar la terminología mencionada anteriormente en el marco del multiculturalismo en la medicina y justificar su relevancia para el tema tratado.
- Presentar propuestas de ejercicios individuales y grupales destinados a apoyar el desarrollo de una actitud abierta hacia el multiculturalismo en la medicina, respetando al mismo tiempo el sistema de valores propios.

El autor del capítulo es consciente de que los valores y principios morales que parecen adecuados para la creación de una comunidad multicultural representan un espectro excepcionalmente amplio. El material presentado no agota este espectro ni pretende hacerlo. Además, los términos utilizados en el texto, en su mayoría procedentes de los campos de la filosofía y la ética, y su ubicación en el entorno médico multicultural, también quedan abiertos y sin concluir. La intención y el deseo científico-educativo del autor es iniciar la reflexión del lector sobre la dimensión moral de los encuentros con los demás y su riqueza cultural, independientemente del papel social que se les haya asignado (estudiante, paciente y sus allegados, miembro del equipo terapéutico). En última instancia, estos encuentros tendrán lugar en el espacio individual «yo-tú». La referencia a la filosofía del diálogo se utiliza de forma consciente y deliberada (Buber, 1971). Sin duda, el mensaje del capítulo es también motivar al lector a participar en un debate más amplio sobre los dilemas morales que surgen en la intersección de muchas culturas en el campo de la medicina. Estamos convencidos de que, en cierta medida, los ejercicios propuestos en la parte final del capítulo contribuirán a ello.

Tres componentes de la actitud moral:

- *Cognitiva: consiste en pensamientos, creencias y conocimientos sobre el objeto de la actitud.*
- *Afectiva: se refiere a las emociones que se sienten hacia el objeto de la actitud.*
- *Conductual: se refiere a los comportamientos que se presentan hacia el objeto de la actitud.*

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- Caracterizar los términos tratados en el capítulo: dignidad humana y tolerancia.
- Demostrar la aplicación de la terminología presentada en el punto 1 en el contexto del multiculturalismo en la medicina.

- Mostrar conciencia de las actitudes moralmente inaceptables en el contexto del multiculturalismo en la medicina.
- Demostrar coherencia interna entre los tres componentes de la actitud: cognitivo, afectivo y conductual, en relación con las relaciones multiculturales en medicina.

Definiciones y términos relevantes

La introducción del tema de la ética en el multiculturalismo requiere definir la terminología necesaria en su sentido general (sin referencias al multiculturalismo en medicina). Para comenzar, abordaré algunos conceptos fundamentales. Este subcapítulo se centrará en las nociones de dignidad humana y tolerancia.

Antes de que el lector se adentre en la terminología arraigada principalmente en la filosofía y la ética, es importante señalar una limitación significativa aplicada en el texto. El intento de definir los conceptos que figuran a continuación ha tenido que hacerse de forma lo suficientemente sucinta como para que el lector no se pierda en el laberinto de los debates filosóficos. En cambio, el objetivo era que el lector dominara los términos de tal manera que formaran un marco claro para la parte práctica, que implicará principalmente cualquier relación en el ámbito médico. Esto requirió una elección autorizada de ciertas tendencias filosóficas y las definiciones desarrolladas dentro de ellas. Las preferencias individuales del autor en cuanto a su visión del mundo no influyeron en esta selección. El único criterio fue la idoneidad de las definiciones presentadas para el tema principal, que es el multiculturalismo en la medicina.

Dignidad humana: el término «dignidad» (del latín «*dignitas*») fue introducido por Cicerón (Shershow, 2013). En su significado original, se refería a valores éticos y estéticos, como la belleza y el atractivo. Ser una persona digna significaba alguien que exhibía belleza a través de su comportamiento. Este término adquiere otro significado en expresiones como «tengo sentido de la dignidad», que se refiere al respeto interno que sentimos por nosotros mismos.

Desde la perspectiva del tema principal del libro, hemos puesto especial énfasis en una cualidad interna del ser humano: la dignidad.

- ¿Cuál es su naturaleza (cuáles son sus propiedades y características)?
- ¿Todas las personas la poseen y, en caso afirmativo, cuál es su origen?
- Y quizás la pregunta más apremiante: ¿qué significa en términos prácticos para tu dignidad, mi dignidad y la dignidad de todos? ¿Este concepto nos impone alguna obligación mutua?

Cada una de estas breves preguntas ha sido objeto de innumerables reflexiones en filosofía, religión, derecho, psicología y sociología (Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000; Dignidad, 2023). Algunas de ellas se sitúan en dos extremos opuestos. Los conceptos jurídicos pueden diferir significativamente en cuanto al reconocimiento de atributos específicos (características) de

la dignidad humana. Lo que es seguro es que los términos «dignidad humana», «dignidad del ser humano» o, siguiendo la filosofía personalista, «dignidad de la persona humana» (en filosofía y ética, la mayoría de las palabras, aparentemente sinónimas, tienen significados específicos y distintos, por lo tanto, su selección debe ser intencionada) son a la vez muy generales, muy complejos e incluso controvertidos. Debido a la diversidad de opiniones filosófico-éticas y a la necesidad de claridad en el texto, la siguiente interpretación de «dignidad humana» se basa en gran medida en **el personalismo**.

Características de la «dignidad humana»: inalienabilidad, inviolabilidad, no graduabilidad y la intransferibilidad (Środa, 2010). Esto significa que una persona nace con la dignidad que le pertenece, que no necesita ganársela y que ni ella ni nadie puede quitársela. No es graduable: no se puede tener más o menos dignidad humana.

¿Toda persona tiene dignidad? ¿Cuál es su origen? La respuesta a la primera pregunta es sencilla. Sí, ser humano es sinónimo de estar dotado de dignidad, entendida en el sentido que aquí se maneja. La segunda cuestión suscita argumentos muy diversos (consideraremos también ideas que van más allá del personalismo). He aquí algunos de ellos:

- La dignidad humana proviene del atributo de la racionalidad y el libre albedrío. Esta interpretación fue respaldada, entre otros, por Immanuel Kant (Düwell et al., 2015).
- El ser humano ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, y esto constituye la fuente de su dignidad. Como cabría esperar, este concepto es defendido por quienes practican la filosofía dentro de un marco religioso.
- Tiene capacidad humana para la reflexión y las elecciones morales (Środa, 2010).
- Tiene la capacidad de trabajar y, por lo tanto, de moldear la realidad circundante de forma consciente y con un propósito, hace que una persona sea digna (Środa, 2010).

La dignidad humana: de la teoría a la práctica.

Aceptar el hecho de que poseemos una dignidad innata e inalienable nos lleva a reflexionar: ¿cómo se traduce este concepto filosófico y abstracto en las relaciones sociales y en las normas que las configuran?

Una de las consecuencias más importantes es la conexión entre la conciencia de la dignidad humana y la codificación de los derechos inherentes a ella, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) o los derechos de los pacientes presentes en muchos países. Lamentablemente, la historia de la humanidad revela numerosos ejemplos de violaciones de la dignidad humana. Los conflictos internacionales, las disputas internas y las disputas familiares son comportamientos a los que se enfrentan personas en todos los rincones del mundo. Por lo tanto, el derecho debe proporcionar directrices claras para proteger el valor fundamental de la dignidad humana. Pero ¿constituye el derecho, aunque esté perfectamente construido, una condición suficiente para el desarrollo de ac-

titudes prosociales basadas en el respeto a la dignidad humana? Si bien es un regulador esencial del orden social, no es suficiente por sí solo. Esta insuficiencia del derecho puede ser especialmente evidente en las relaciones directas con otra persona, sobre todo cuando una de las partes se encuentra en una posición desfavorable con respecto a la otra. Por ejemplo, cuando se vulnera su libertad en términos legales (presos), su estado de salud (pacientes en unidades de cuidados intensivos) o sus condiciones políticas (inmigrantes), en mayor o menor medida. ¿Qué condición adicional es necesaria, por tanto, para construir las actitudes mencionadas? En este punto, me referiré a la teoría moral de Lawrence Kohlberg.

En sus años de investigación Lawrence Kohlberg observó diferentes etapas de la maduración de una persona en respuesta al mundo de los valores. Para quien es interesado en el tema: el sitio web <https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespan-development/chapter/kohlbergs-stages-of-moral-development/> describe el tema con mayor detalle (Kohlberg y Kramer, 1969; Zhang y Zhao, 2017). Para el tema de este capítulo, son importantes las siguientes conclusiones de Kohlberg: en una determinada etapa (hay que señalar que se trata de una etapa bastante avanzada en el desarrollo de un individuo), una persona se da cuenta de los valores morales siempre que estén justificados por la ley aplicable. Volviendo al tema principal, las personas cuyo desarrollo moral se encuentra en el nivel de «ley y orden» respetarán la dignidad humana, siempre que esté regulada por el orden jurídico. Sin embargo, la vida no puede «contenerse dentro de los límites de la ley». Ni siquiera las legislaciones más precisas resuelven todas las situaciones sociales. Aquí es donde entra en juego la segunda conclusión clave de la investigación de Kohlberg: **la etapa más alta del desarrollo moral es respetar los valores morales por el bien inherente que hay en ellos**. Sí, esto puede sonar demasiado filosófico. Por lo tanto, en el recuadro siguiente se presenta un ejemplo de cómo se puede aplicar la teoría de Kohlberg en la práctica.

Por lo tanto, la conciencia de la dignidad de otra persona puede considerarse un regulador importante de las relaciones interpersonales. La pregunta sigue siendo si el hecho de estar «dotado» de dignidad simplemente por pertenecer a la especie humana es suficiente para esperar respeto. ¿No debería complementarse este rasgo (sobre el que, cabe señalar, no tenemos ninguna influencia, suponiendo que sea innato) con la necesidad de comportarse de forma decente? La opinión de que así es parece razonable. Y aquí llegamos a una observación importante que vale la pena interiorizar: si reconozco que poseo dignidad, debo actuar moralmente correcto, lo que, entre otras cosas, significa respetar la dignidad de los demás (así como la mía propia). ¿No es esta la forma ideal de establecer relaciones abiertas en una dimensión multicultural? Volveremos a esta idea en el siguiente subcapítulo.

La tolerancia: uno de los conceptos morales más exigentes. Difícil de aplicar, pero fundamental para la ética en un mundo multicultural. Comprender los criterios de la tolerancia y sus limitaciones ayudaría a construir un mundo libre de tensiones en las relaciones interpersonales e interculturales. Analicemos brevemente los criterios mencionados. La base de la tolerancia reside en ciertos comportamientos que vale la pena recordar.

Son estos: (Środa, 2010):

1. Existe un factor, actitud o comportamiento en nuestro entorno (representado, por supuesto, por una persona o personas concretas) que me causa oposición, y que incluso puede entrar en conflicto con mi jerarquía de valores.
2. Tengo la posibilidad de actuar contra este fenómeno. Puedo intentar cambiar la situación actual mediante la fuerza, la persuasión o la difusión de información falsa (por ejemplo, provocando el aislamiento social de la persona que sostiene las opiniones mencionadas en el punto 1).
3. Me abstengo de actuar en detrimento del fenómeno mencionado en el punto 2.

“

«La dignidad humana es inviolable. Debe ser respetada y protegida».

– Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000.

Esta concepción de la tolerancia se denomina «tolerancia negativa» en ética, negativa porque expresa una carencia, en este contexto, la carencia de nuestra reacción destructiva ante la actitud o las opiniones de otra persona. Es la obligación moral mínima a la que debemos adherirnos. Al mismo tiempo, la idea de tolerancia es una idea basada en una reivindicación (idea recíproca): yo te muestro tolerancia, pero tú también me muestras tolerancia a mí. También existe el concepto de «tolerancia positiva». Esta actitud da un paso adelante al añadir el último criterio, que se resume muy bien en la frase: «No estoy de acuerdo con lo que dices, pero **defenderé hasta la muerte tu derecho a decirlo**». La tolerancia positiva no consiste solo en abstenerse de actuar contra el fenómeno mencionado en el punto 1 (criterios de tolerancia). Implica apoyarlo activamente con respeto por la igualdad de todas las personas. Esto ocurre dentro de los límites de la tolerancia, que se discutirán en breve.

La bibliografía sobre el tema señala varias fuentes que justifican la existencia de la tolerancia, pero su análisis excede el alcance de este capítulo. Sin duda, uno de los valores más importantes en los que se basa la tolerancia es la dignidad humana y la igualdad de todas las personas que se deriva de ella, entendida en un contexto moral. La tolerancia tiene sus límites; de lo contrario, requeriría una apertura hacia actitudes antisociales. Nos oponemos firmemente a esta idea. Debe quedar claro que la tolerancia solo debe aplicarse a actitudes, opiniones y comportamientos que se encuentren dentro de los límites legales, morales y políticos (una opinión defendida por el filósofo J. S. Mill). También es importante destacar que la tolerancia, como postura moral, no significa lo mismo que la aceptación. Podemos aceptar opiniones diferentes, incluso simpatizar con ellas, pero no estamos obligados a hacerlo. Como se ha mencionado anteriormente, la tolerancia constituye el mínimo moral en interés de un mundo multicultural.

13.2. La dignidad humana como valor supremo en las relaciones multiculturales en la medicina

En la sección 13.1. hemos entrado en el mundo de dos conceptos filosóficos y éticos en su significado general. Ahora, intentaremos situarlos en el contexto del multiculturalismo en la medicina, en relación con las prácticas relativas a los pacientes, sus familias y las relaciones entre empleados. El objetivo de las secciones 1.5 y 1.6 es buscar una respuesta a la pregunta: ¿Pueden el respeto por la dignidad humana y la apertura al fenómeno de la tolerancia apoyar las actitudes prosociales en un entorno médico multicultural?

La dignidad del paciente es la dignidad de una persona que teme por su vida y su salud. Es la dignidad de sus seres queridos, preocupados por confiar la vida de un ser querido a un enfermero, una matrona, un médico, un fisioterapeuta u otro profesional sanitario. Por último, es la dignidad de las personas con las que compartimos las dificultades y las alegrías de largas jornadas de trabajo. Cada participante en esta relación aporta su bagaje cultural. Esto no es nada inusual, ya que las relaciones cotidianas que experimentamos en los espacios públicos también se caracterizan por ello. Entonces, ¿qué hace que el ámbito sanitario sea tan especial que merezca la pena centrarse en el significado de la dignidad humana como valor fundamental en esta área específica de la medicina en el contexto de la diversidad cultural?

Situación: Una clienta mayor entra en la tienda. Le entrega toda su cartera a la cajera y le pide que elija el dinero para las compras. La dependienta, aprovechándose de la confianza de la anciana, tiene la oportunidad de quedarse con una pequeña cantidad. No lo hace. Nos interesa responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es su motivación para realizar la acción moralmente correcta (abstenerse de robar)?

- Respuesta 1: La dependienta se abstiene de robar porque sabe que la ley lo prohíbe y que infringir la ley podría traerle graves consecuencias (enmarca su acción moral dentro de las restricciones legales).
- Respuesta 2: La dependienta se abstiene de robar porque tiene la convicción interna de que ese acto es moralmente incorrecto, ya que causa daño a otra persona. Según Kohlberg, este razonamiento representa el nivel más alto de madurez moral.

La visión en la que basamos la sección 13.1. parte del supuesto de que la dignidad se considera una característica inherente a cada uno de nosotros. No depende de la raza, del género, de la orientación sexual, la situación económica ni la edad. Además, esta concepción de la dignidad innata e inalienable nos obliga a reconocerla incluso en personas que han cometido actos moralmente injustos. Sin embargo, es importante hacer hincapié en la palabra «en las personas», y no en sus acciones, que merecen una condena y un castigo adecuados en función de sus actos ilícitos. Volvamos ahora a la frase de la introducción de este capítulo. Cada encuentro con otra persona es un encuentro con su cultura distintiva en un sentido multifacético.

Así, cuando me relaciono con usted en toda su riqueza cultural, yo también estoy confrontado con mi dignidad humana. Yo, un representante del mundo médico, y tú, un paciente, un familiar, un ser querido. Tú, mi compañero de trabajo.

Entonces, ¿cuál es el resultado más importante de esta reunión? Es el sentimiento de **igualdad humana** dentro del valor básico de la dignidad. Si aceptamos esta conclusión con una comprensión genuina y profunda, nos daremos cuenta de que desde el momento en que conocemos a otra persona, comenzamos a construir nuestra relación sobre una base sólida. Los diversos factores que surgen de la diversidad cultural solo enriquecen las relaciones que creamos. Intentemos visualizar esta idea. Tenemos un cuadrado en el que podemos colocar varios edificios. Este cuadrado es una metáfora de nuestra vida profesional. Los edificios representan a todas las personas que aparecen en esta vida. Solo podemos colocarlos en los cimientos que les corresponden, con la acera que los rodea. Sin embargo, al pasar de un edificio a otro, corremos el riesgo de encontrar huecos y desniveles que se han formado entre ellos. Al fin y al cabo, son muy diferentes, al igual que nuestros pacientes y compañeros de trabajo: algunos son tranquilos, otros son más propensos a las emociones intensas, algunos gozan de mejor salud y son más felices, otros se encuentran moribundos y deprimidos. Algunos son jóvenes y llenos de vida, mientras que otros son mayores, a menudo aterrorizadas por la perspectiva



de la enfermedad y la fragilidad. También hay quienes se comunican fácilmente en nuestra lengua materna y otros con quienes la comunicación será muy difícil. Con el tiempo, una plaza construida de este modo se convertiría en un conjunto de edificios aleatorios, lo que supondría un peligro para los transeúntes que se mueven entre ellos (es decir, nosotros).

Sin embargo, si comenzamos nuestro trabajo con el concepto de unidad e igualdad humana, basado en los fundamentos de la dignidad humana, empezaremos a construir esta plaza metafórica colocando una única base sólida. El multiculturalismo de cada persona con la que nos encontramos en nuestra vida profesional hará que nuestra «plaza» sea colorida, hermosa y rica. Ver a otra persona desde la perspectiva de su dignidad ofrece la oportunidad de construir relaciones moralmente correctas desde los cimientos, promoviendo así una buena calidad de vida para los pacientes, una muerte digna o, en relación con los compañeros de trabajo, un ambiente favorable en el lugar de trabajo.

También mencionamos anteriormente que la relación con otra persona se convierte en un punto de partida para reflexionar sobre la dignidad con la que yo mismo estoy dotado. Me obliga a respetar mis propios derechos y a mí mismo. Y aunque desde el primer día de estudios abrazamos la idea de «*Salus aegroti suprema lex esto*» (El bienestar del paciente debe ser la ley suprema), hagamos del paciente el centro de nuestra atención, al tiempo que esperamos, de forma simultánea y proporcional, respeto hacia nosotros mismos y hacia la cultura que aportamos. Nuestra edad, género, nacionalidad y otras variables culturales exigen la misma protección y respeto por parte del paciente, la familia y los compañeros que ellos esperan de nosotros.

13.3. Tolerancia y multiculturalismo en la medicina

Ya sabemos por la sección 13.1. qué significa el término «tolerancia». Esta actitud desempeña un papel fundamental en la medicina multicultural. Cuando nos enfrentamos a personas que traen consigo su mundo cultural, ya sean pacientes que padecen una enfermedad o que nos preocupe su tratamiento óptimo, cada interacción, por fugaz que sea, es una oportunidad para demostrar una actitud tolerante. Cuanto más diversos culturalmente son los grupos con los que nos encontramos en nuestro trabajo, más difícil resulta esto. Nos exige abstenernos de expresar oposición a las diferencias.

Veamos un ejemplo:

Hemos comenzado a trabajar en un país donde las costumbres relacionadas con la despedida a los difuntos difieren mucho de aquellas con las que crecimos. El comportamiento de los familiares del difunto puede parecernos extraños o irritantes. También puede alterar nuestro horario de trabajo habitual. Al mismo tiempo, sabemos que los rituales que realiza la familia junto al difunto provienen de una larga tradición cultural. También sabemos que el hospital (entendiendo el concepto de tolerancia) permite plenamente estos rituales. ¿Qué actitud adoptaremos? ¿Mostraremos impaciencia, aversión o intolerancia con una mirada o un gesto? ¿O, aunque

sigamos sintiéndonos confundidos y enfadados, nos abstendremos incluso de los más mínimos gestos de oposición? ¿O tal vez daremos un paso más y adoptaremos una tolerancia positiva, creando un entorno que apoye activamente a la familia?

La dignidad de los pacientes, su mundo, la dignidad de nuestros colegas y la nuestra propia son el telón de fondo de la tolerancia que armoniza las relaciones multiculturales, incluso en la medicina.

Cada encuentro con otra persona es una confrontación con su cultura distintiva en su comprensión multifacética. Cada individuo se caracteriza por una dignidad humana innata e inalienable. Por lo tanto, cada encuentro con otra persona es un compromiso con la dignidad humana que le pertenece.

13.4. Tres componentes de la actitud moral en relación con el multiculturalismo en la medicina

Uno de los objetivos de este capítulo es fomentar una actitud abierta hacia el multiculturalismo en la medicina, respetando al mismo tiempo el propio sistema de valores. Se han identificado tres componentes de la actitud moral: cognitivo (pensamientos, creencias y conocimientos sobre el objeto de la actitud), afectivo (conjunto de emociones experimentadas hacia el objeto de la actitud) y conductual (comportamientos mostrados hacia el objeto de la actitud) (Sawicki, 2024). Profundicemos en esta idea.

Anteriormente, hemos hablado de valores fundamentales como la dignidad y la tolerancia. Estos se han considerado la base para construir buenas relaciones con los demás. Sin embargo, el simple hecho de respetar la dignidad, que se expresa a través de la tolerancia, no nos dota de las competencias suficientes para desarrollar una actitud moral prosocial en el contexto del multiculturalismo en la medicina. ¿Por qué se sostiene esta creencia?

La respuesta radica en el hecho de que trabajar en la intersección de dos áreas vastas y multifacéticas, como son el multiculturalismo y la medicina, plantea un enorme desafío. La diversidad de configuraciones entre ambas es prácticamente infinita. La terapia dirigida al paciente (el término «terapia» se refiere a todas las acciones posibles hacia el paciente por parte de los miembros de cualquier grupo médico) y considerada en el contexto del respeto al multiculturalismo requiere, **por un lado, conocimientos médicos y, por otro, una comprensión de las costumbres, prácticas y normas que regulan la cultura de la persona confiada a nuestro cuidado.** Nadie pertenece exclusivamente a una identidad cultural, como el género. Estamos sujetos a la interseccionalidad, identificándonos simultáneamente con muchas características, como se ha discutido en la parte de la introducción del capítulo. Por ejemplo, una mujer joven que da a luz en su país de origen, entre personas que conocen y comparten sus normas culturales, tendrá reacciones diferentes a las de una mujer que da a luz entre personal médico con patrones culturales diferentes, que además tiene una relación no heteronormativa. Una madre soltera

que da a luz se encontrará en una situación aún más diferente. Para proporcionar una atención integral a un paciente, que necesariamente incluye nuestra dignidad moral, es esencial trabajar constantemente en la construcción del componente cognitivo. Si bien reconocer la dignidad en otra persona es el punto de partida para formar esta actitud, adquirir continuamente conocimientos sobre ella nos permite cultivar emociones adecuadas hacia ella (el componente afectivo).

Las situaciones que encontramos en medicina son, no por casualidad, la base de numerosas series de televisión populares, ambientadas en entornos hospitalarios, como: Urgencias, Anatomía de Grey o Dr. House. Los dramas cotidianos de la vida humana, los giros inesperados, la alegría entremezclada con la tristeza, la esperanza y su fin, el agotamiento de enfermeras, matronas, médicos y paramédicos —un conglomerado de emociones al más alto nivel. Es muy fácil perder la empatía en este contexto. Ahora, añadamos a estas «vidas rápidas» las variables adicionales que surgen de nuestro multiculturalismo. No basta con respetar la dignidad de otra persona. Trabajar basándose en las emociones sin una base de conocimientos puede ser perjudicial para todas las partes implicadas. Comprender las fuentes culturales del comportamiento humano nos ayuda a reforzar las emociones positivas y a suprimir las negativas. Comprender por qué nuestros pacientes, sus seres queridos y nuestros colegas se comportan de una determinada manera y ser conscientes del significado que esto tiene para la cultura con la que se identifican nos servirá de guía en el laberinto de caminos. Tanto los componentes cognitivos como los afectivos constituirán la base de la principal manifestación de nuestro trabajo: el comportamiento expresado a través de la acción (el componente conductual). Equipado con **el conocimiento** comprendo a los demás (especialmente los comportamientos que son diferentes a los míos, difíciles de aceptar); comprender significa abrirme a **las emociones positivas** hacia los demás. Equipado con el conocimiento y alimentado por buenas emociones, procedo a **actuar**. La ética del multiculturalismo en la medicina está condensada en pocas palabras, como suele ocurrir con los medicamentos. Al fin y al cabo, la actitud moral con la que entramos en el mundo de la medicina debe ser como la mejor medicina, no un veneno elaborado a partir de una mezcla de ignorancia, emociones dañinas e intolerancia.

Uno de los ejemplos más citados de la medicina, que permite al personal médico demostrar una actitud tolerante, es la negativa a recibir una transfusión de sangre por parte de los testigos de Jehová. En la sección práctica del capítulo, hay un ejercicio preparado para el lector sobre este tema.

13.5. Conclusiones

Hemos repasado colectivamente la teoría, que solo proporciona unos fundamentos modestos para la ética del multiculturalismo en la medicina. Como se mencionó en la introducción, este tema ciertamente no se ha explorado en profundidad. Nos atreveríamos a decir que solo se ha abordado muy brevemente. El contenido

de este capítulo pretendía desempeñar el papel socrático de un aguijón, provocando la reflexión... Quizás incluso provoque oposición o rebelión en algunos lectores. Si eso ocurre, es bueno, porque lo más importante desde la perspectiva de nuestros pacientes culturalmente ricos, sus seres queridos, nuestros colegas y nosotros mismos es reflexionar sobre los fundamentos éticos de las relaciones humanas e interculturales.

En conclusión, es imposible no mencionar la existencia de situaciones difíciles y moralmente conflictivas, generadas en la intersección de diferentes expresiones culturales. Estas situaciones son inevitables. También es imposible proporcionar una solución prefabricada que sea beneficiosa para todas las partes involucradas en el conflicto. A veces, ni siquiera es factible. Seguramente, al lector le vendrán a la mente muchos ejemplos de situaciones aparentemente «sin salida», características de su país, su lugar de trabajo o su cultura. Sin embargo, para no dejar al lector en un vacío total en cuanto a las soluciones propuestas a los problemas morales en el contexto del multiculturalismo en la medicina, sugerimos basar siempre las alternativas discutidas en los valores mencionados en el capítulo final: **dignidad humana, tolerancia, madurez moral a un alto nivel y una sólida dosis de conocimiento.**



Referencias

- Buber, M. (1971). *Yo y tú*. Scribner Macmillan, Scribner Book Co.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea 2000, art. 1 Dignidad humana.
- Dignidad. (2023). Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/dignity/> [10.01.2025].
- Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R. y Mieth, D. (Eds.). (2015). *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge University Press.
- Gajda, J. (2003). *Antropologia kulturowa. cz. 1: Wprowadzenie do wiedzy o kulturze*. Adam Marszałek.
- Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 12(2), 93–120. <https://doi.org/10.1159/000270857>
- Sawicki, K. (2024). Actitudes morales de los jóvenes. En Ł. Szwejka (Ed.), *Actitudes y estilo de vida de los jóvenes* (p. 69). Instituto de Investigación Educativa.
- Shershow, S. C. (2013). *Deconstructing dignity: A critique of the right-to-die debate (Desmontando la dignidad: una crítica al debate sobre el derecho a morir)*. University of Chicago Press. ISBN: 9780226088266.
- Spencer-Oatey, H. (2012). ¿Qué es la cultura?
<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/al/globalpad/interculturalskills/> [17.03.2025].
- Środa, M. (2010). *Etyka dla myślących*. Czarna owca.
- Zhang, Q., & Zhao, H. (2017). An analytical overview of Kohlberg's theory of moral development in college moral education in mainland China. *Open Journal of Social Sciences*, 5, 151–160. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.58012>

Reflexión final: La ética del multiculturalismo en la medicina y el modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo aborda cuestiones clave sobre **qué valores morales fomentan una actitud abierta hacia la diversidad cultural en la medicina**. Hace hincapié en los conceptos de **dignidad humana, tolerancia y madurez moral**, todos ellos profundamente arraigados en el modelo EMPOWER, en particular en sus pilares de multiculturalismo, profesionalidad, bienestar y recursos educativos.

El autor destaca que cada interacción en el ámbito médico —ya sea con un paciente, un familiar o un compañero de trabajo— es al mismo tiempo un encuentro con una **identidad cultural única** y, por lo tanto, con la dignidad inherente a esa persona. Esta perspectiva respalda plenamente la visión de EMPOWER de **una atención integral, empática y centrada en la persona**. Es importante señalar que la tolerancia no se entiende como una aceptación pasiva, sino como **una restricción ética intencionada de las reacciones perjudiciales**, un mínimo moral que se espera de los profesionales que trabajan en entornos multiculturales.

El capítulo también presenta un **modelo de actitud moral** basado en tres componentes: cognitivo, emocional y conductual. Esta estructura refleja el enfoque de EMPOWER en **la acción reflexiva, informada y compasiva**, basada en el conocimiento y guiada por la conciencia ética.

En resumen, este capítulo refuerza firmemente la implementación del modelo EMPOWER en la práctica. Demuestra que **la competencia intercultural ética** no es simplemente un conjunto de habilidades, sino una **postura profunda basada en valores y arraigada en el respeto, la madurez y las relaciones significativas «yo-tú»**, en el espíritu de la filosofía dialógica y los principios fundamentales de EMPOWER.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Capítulo 14

Los derechos humanos

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Ivan Horbachevsky Universidad Nacional de Medicina de
Ternópil del Ministerio de Salud de Ucrania*

“

**Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad
y derechos. Están dotados de razón y conciencia y deben
comportarse fraternalmente los unos con los otros**

— Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948

14.1. Introducción

Los derechos humanos se basan en los principios de dignidad, igualdad y libertad, que son los cimientos de una sociedad justa y armoniosa. Estos principios garantizan que todas las personas, independientemente de su origen étnico, cultural, social o religioso, tengan los mismos derechos y oportunidades. La universalidad y la indivisibilidad de los derechos humanos son valores fundamentales que garantizan la igualdad de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Estos principios se reflejan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que destaca que todos los seres humanos «nacen libres e iguales en dignidad y derechos» (Naciones Unidas. Principios de derechos humanos, 2005).

La idea de los derechos humanos también abarca la importancia del respeto mutuo y la tolerancia en un entorno multicultural. La adhesión a estos valores contribuye a la cohesión social, la integración de diferentes culturas y previene la discriminación. Los derechos humanos actúan como guía para crear una sociedad en la que la diversidad se considera una fuente de fortaleza en lugar de un desafío (Polnikova, 2024).

Los principios y valores que sustentan los derechos humanos son la base de una sociedad justa y armoniosa. Garantizan que todas las personas, independientemente de su origen étnico, cultural, social o religioso, tengan los mismos derechos y oportunidades. La universalidad y la inalienabilidad de los derechos humanos significan que todas las personas del mundo tienen estos derechos y no pueden ser privadas de ellos. La indivisibilidad de los derechos humanos hace hincapié en



que todos los derechos —civiles, culturales, económicos, políticos y sociales— están interrelacionados y tienen el mismo valor. La privación de un derecho tiene un impacto negativo en los demás (Naciones Unidas. Principios de derechos humanos, 2005).

El respeto mutuo y la tolerancia son importantes en una sociedad multicultural. Estos valores promueven la cohesión social, la integración de diferentes culturas y previenen la discriminación. La tolerancia se basa en la dignidad igualitaria de todas las personas, que merecen respeto como individuos racionales capaces de crear y definir su propia identidad (Tadmor, Galinsky y Maddux, 2012).

La adhesión a estos principios contribuye a la creación de una sociedad en la que la diversidad se considera una

fuente de fortaleza y no un desafío. Reconocer y respetar las diferencias culturales fomenta el diálogo, la cooperación y el entendimiento entre los diferentes grupos, lo cual es fundamental para construir una sociedad armoniosa y justa.

Objetivos

A través de este capítulo, los alumnos mejorarán sus actitudes, conocimientos y habilidades y serán capaces de:

- **Explorar los derechos humanos:** Analizar cómo los conceptos de derechos humanos influyen en la práctica y las políticas sanitarias en todo el mundo, especialmente en relación con el acceso a la atención sanitaria, la discriminación y el derecho a la salud, lo que contribuirá a una comprensión más profunda de los valores universales y su papel en la creación de una sociedad justa.
- **Identificar violaciones de los derechos humanos:** Los estudiantes aprenderán a reconocer las diferentes formas de violaciones de los derechos humanos que pueden producirse en los sistemas sanitarios, incluidas las desigualdades y los abusos sistémicos, y su impacto en las poblaciones vulnerables, lo que les permitirá comprender mejor las cuestiones como la desigualdad social y el relativismo cultural.
- **Hacer hincapié en la responsabilidad ética:** Hacer hincapié en las responsabilidades éticas de los profesionales de la salud para proteger los derechos humanos y promover la justicia social en su práctica. Esto incluye el desarrollo de estrategias de promoción en entornos multiculturales y el aumento de la competencia para hacer frente a dilemas éticos.
- **Aplicación del sistema de derechos humanos:** Los estudiantes comprenderán cómo aplicar los marcos y principios de los derechos humanos en el contexto de la atención sanitaria para promover una prestación de servicios sanitarios equitativa y justa. Los estudiantes adquirirán conocimientos prácticos sobre los mecanismos jurídicos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, y su aplicación en situaciones reales.
- **Definición de términos clave:** Definir con precisión términos clave relacionados con los derechos humanos, como «derecho a la salud», «discriminación» y «equidad en la salud», con el fin de sentar unas bases sólidas para comprender la complejidad de los derechos humanos y su importancia a la hora de abordar problemas globales contemporáneos como el cambio climático, los refugiados y las desigualdades sociales.

El objetivo de los estudios sobre derechos humanos es desarrollar una comprensión profunda de los principios universales de dignidad, igualdad y libertad, que son la base de una sociedad armoniosa y justa.

Resultados del aprendizaje

Al finalizar este capítulo, los lectores serán capaces de:

- **Comprender qué son los derechos humanos:** Describir los conceptos fundamentales de los derechos humanos como principios universales, inalienables e indivisibles que salvaguardan la dignidad, la igualdad y la libertad de todas las personas.
- **Definir términos clave:** Identificar y explicar la terminología esencial relacionada con los derechos humanos, incluidos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, tal y como se describen en las normas jurídicas internacionales.
- **Identificar problemas contemporáneos:** Reconocer los retos actuales en la protección de los derechos humanos a nivel mundial, incluyendo las disparidades entre países, los estigmas culturales y los factores sociales que afectan al acceso a los derechos.
- **Aplicar el marco de los derechos humanos:** Demostrar cómo utilizar el marco de los derechos humanos para analizar cuestiones de justicia social y crear estrategias para promover la igualdad y el respeto mutuo en entornos multiculturales.
- **Analizar la competencia multicultural:** Evaluar la importancia de la competencia multicultural en el contexto de los derechos humanos, incluyendo la comprensión de perspectivas diversas y el tratamiento de las tensiones derivadas de las diferencias culturales y la discriminación.

Definiciones y términos relevantes

Derechos humanos: Derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, género, origen étnico o cualquier otra condición. Estos derechos incluyen el derecho a la vida, la libertad de expresión y el acceso a la atención sanitaria.

Derecho a la salud: El derecho de las personas a alcanzar el más alto nivel de salud física y mental, lo que incluye el acceso a los servicios de salud, un entorno saludable y los determinantes fundamentales de la salud, como la alimentación y el agua potable.

Discriminación: trato injusto o prejuicioso hacia las personas por motivos como la raza, el género, la edad o la discapacidad, que puede dar lugar a disparidades en el acceso a la atención sanitaria y en los resultados de esta.

Equidad en salud: Principio según el cual todas las personas deben tener las mismas oportunidades de alcanzar su máximo potencial en materia de salud y nadie debe verse privado de ello por razones sociales, económicas o ambientales.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Documento histórico adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, en el que se enuncian los derechos humanos fundamentales que deben ser protegidos universalmente, incluyendo referencias específicas a los derechos relacionados con la salud y el bienestar.

Consentimiento informado: Requisito legal y ético en la asistencia sanitaria que exige que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas de las intervenciones médicas antes de dar su consentimiento para el tratamiento.

Autonomía del paciente: El derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica, respetando sus valores y preferencias, y garantizando que tengan control sobre su tratamiento médico.

Poblaciones vulnerables: Grupos de personas que corren un mayor riesgo de sufrir barreras en el acceso a la atención sanitaria, como las comunidades marginadas, los refugiados, las personas mayores y las personas con discapacidad.

Competencia cultural: La capacidad de los profesionales sanitarios para comprender, respetar e interactuar eficazmente con pacientes de diversos orígenes culturales, lo cual es esencial para garantizar una prestación sanitaria equitativa.

Determinantes sociales de la salud: condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen que afectan a los resultados de salud, incluyendo el estatus socioeconómico, la educación, el entorno y el acceso a la atención sanitaria.

Dilemas éticos: situaciones en las que los profesionales de la salud se enfrentan a obligaciones contradictorias relacionadas con la atención al paciente, que a menudo requieren equilibrar los derechos individuales, las preocupaciones de salud pública y la asignación de recursos.

Derecho a la privacidad: derecho de las personas a mantener la confidencialidad de su información médica personal y a controlar quién accede a sus historiales médicos y datos sanitarios.

Justicia sanitaria: El concepto de que la asistencia sanitaria debe distribuirse de manera equitativa, garantizando que todas las personas tengan acceso a los servicios médicos necesarios y que se aborden las disparidades en la atención.

No discriminación: Principio que prohíbe discriminar a las personas en el ámbito sanitario por motivos de raza, género, discapacidad, orientación sexual u otras características protegidas, garantizando la igualdad de acceso y trato.

Ética médica: Conjunto de principios morales que rigen la práctica de la medicina, entre los que se incluyen el respeto a la autonomía del paciente, la no maleficencia (no causar daño), la beneficencia (actuar en el mejor interés del paciente) y la justicia.

Derecho a la educación: El derecho de las personas a recibir educación sobre su salud, incluida la información sobre afecciones médicas, tratamientos y sus derechos dentro del sistema sanitario.

Derechos participativos: Los derechos de las personas y las comunidades a participar activamente en las decisiones que afectan a su salud y bienestar, incluida la participación en la formulación de políticas y la prestación de servicios de atención sanitaria.

Salud comunitaria: Enfoque de la salud que hace hincapié en la importancia de comprender y abordar las necesidades sanitarias de poblaciones o comunidades específicas, teniendo en cuenta sus contextos sociales y culturales únicos.

Salud global: Campo de estudio y práctica que se centra en cuestiones de salud que trascienden las fronteras nacionales, reconociendo la interconexión de los sistemas de salud y la necesidad de la cooperación internacional para promover la salud pública.

Enfoque basado en los derechos humanos (EBDH): Estrategia para el desarrollo y el cambio social que integra los principios de los derechos humanos en todos los aspectos de la planificación y la implementación, haciendo hincapié en el empoderamiento, la participación y la rendición de cuentas.



14.2. Lo que dice la investigación

Los derechos humanos son principios universales, inalienables e indivisibles que garantizan la dignidad, la igualdad y la libertad de todas las personas. Son la base para la protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) fue el documento fundamental que definió estos derechos como universales y vinculantes para todos los Estados (Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

En un entorno multicultural, los derechos humanos son un mecanismo clave para garantizar la igualdad y el respeto mutuo. Promueven la cohesión social y previenen la discriminación por motivos culturales, religiosos o étnicos. Según las investigaciones, la aplicación efectiva de los derechos humanos garantiza la justicia social y la igualdad de acceso a los recursos, independientemente del origen de las personas (Agyare, 2024).

A nivel mundial, la protección y promoción de los derechos humanos varían considerablemente. Según datos de Nuestro Mundo en Datos (Our World in Data), aunque se ha producido una mejora general en la protección de los derechos humanos a lo largo del tiempo, siguen existiendo importantes disparidades entre los países. Factores como las estructuras de gobernanza, las normas culturales y las condiciones económicas contribuyen a estas diferencias (Herre y Arriagada, 2016). Según la clasificación de los mejores países de U.S. News y la subclasificación de propósito social, Dinamarca, Suecia y otros países europeos suelen ser reconocidos por su firme compromiso con los derechos humanos. Cuentan con sólidos marcos jurídicos e instituciones diseñadas para proteger las libertades individuales y promover la igualdad. Sus sociedades hacen hincapié en la transparencia, la inclusión y el bienestar social, lo que contribuye a unos altos estándares de derechos humanos (clasificación de los mejores países de U.S. News, 2024).

Por el contrario, según el Informe Mundial 2023, la situación de los derechos humanos en China se ha convertido en objeto de atención internacional. Los informes han destacado cuestiones como las restricciones a la libertad de expresión, la represión de la disidencia política y la preocupación por el trato que reciben las minorías étnicas. El Gobierno chino suele dar prioridad a los derechos colectivos y la estabilidad social frente a las libertades individuales, lo que refleja un enfoque filosófico diferente de los derechos humanos. Arabia Saudí ha sido criticada por sus prácticas en materia de derechos humanos, en particular en lo que respecta a la libertad de expresión, los derechos de la mujer y el uso de la pena de muerte. El sistema jurídico del país se basa en la ley islámica, lo que afecta a la interpretación y aplicación de los derechos humanos. Las recientes reformas han tenido por objeto mejorar los derechos de la mujer, pero siguen existiendo importantes retos (Hassan, 2023).

Históricamente, el concepto de derechos humanos tiene su origen en la filosofía del derecho natural que se desarrolló en la antigüedad. En la Edad Media, estas ideas fueron adaptadas por teólogos como Tomás de Aquino y, en la Ilustración, por filósofos como John Locke y Jean-Jacques Rousseau. Estos sostenían que los derechos humanos son inalienables e independientes de la voluntad del Estado (Perelló, 2014).

La educación en derechos humanos permite adquirir mejores habilidades para resolver conflictos de forma pacífica, lo que contribuye a contrarrestar el extremismo y a promover ideas de tolerancia y respeto hacia los demás. Esto es especialmente importante en sociedades multiculturales, donde las diferentes opiniones y tradiciones pueden generar tensiones. La educación en derechos humanos con-

tribuye a contrarrestar el extremismo promoviendo ideas de tolerancia y respeto hacia los demás. Los estudiantes aprenden a analizar la información manipulada y a reconocer las manifestaciones de radicalización en la sociedad (UNICEF, 2024). En el derecho internacional moderno, los derechos humanos están consagrados en una serie de documentos fundamentales que definen las normas para su protección y promueven su observancia a nivel mundial. En particular, desempeñan un papel fundamental el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas como parte del desarrollo de la Carta Internacional de Derechos Humanos.

Estos pactos forman parte del derecho internacional y obligan a los Estados partes a adoptar medidas para garantizar que la legislación nacional se ajuste a las normas internacionales. Junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), constituyen la base del derecho internacional moderno en materia de derechos humanos (Risse, Ropp y Sikkink, 2013).

Los derechos humanos desempeñan un papel fundamental a la hora de garantizar la protección de las personas en diversos contextos socioculturales, promoviendo los principios de igualdad, tolerancia y superación de la discriminación. En el mundo actual, la globalización tiene un impacto significativo en la interacción intercultural, creando nuevos retos que requieren mecanismos eficaces de protección de los derechos humanos. La aplicación de las normas internacionales de de-



rechos humanos contribuye no solo a preservar la identidad cultural, sino también a garantizar la coexistencia armoniosa de diferentes grupos, independientemente de su origen étnico, religioso o social.

En el contexto de los derechos humanos, es esencial incluir la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), un instrumento internacional clave que hace hincapié tanto en las protecciones jurídicas como en la inclusión social. La Convención adopta una definición inclusiva y exhaustiva de las personas con discapacidad y afirma firmemente que todas las personas, independientemente del tipo de discapacidad, tienen derecho al pleno disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Proporciona una orientación clara sobre cómo deben aplicarse las diversas categorías de derechos a las personas con discapacidad y destaca la necesidad de ajustes razonables para garantizar el ejercicio efectivo de esos derechos. Además, la Convención (CDPD) identifica ámbitos en los que se han violado históricamente los derechos y subraya la importancia de reforzar las garantías jurídicas para este grupo marginado (Naciones Unidas, 2006).

En el contexto de la globalización, el aumento de los contactos interculturales puede dar lugar a conflictos causados por la desigualdad, los prejuicios o la competencia por los recursos. En tales circunstancias, los derechos humanos se convierten en una herramienta fundamental para reducir las tensiones, ya que su objetivo principal es crear condiciones de igualdad y respeto mutuo. Por ejemplo, los principios consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y otros documentos internacionales establecen que toda persona tiene derecho a la libertad de expresión, a la igualdad de acceso a la educación y a las oportunidades para desarrollar su potencial, lo que promueve la inclusión social (Donnelly, 2013).

Referencias

- Agyare, P. (2024). Contextualizing human rights in multicultural environments. *Research in Social Sciences and Technology*, 9(3), 210-230. <https://doi.org/10.46303/ressat.2024.56>
- Ser diferente no es un problema, el reto es el rechazo: Ucrania en el camino hacia la tolerancia. (s. f.). *Fact-news.com.ua*. <https://fact-news.com.ua/buti-riznimi-ne-problema-viklik-u-nepriynyatti-ukraina-na-shlyahu-do-tolerantnosti/>
- Cole, N. L. (2024). Comprender la aculturación y por qué ocurre. *ThoughtCo*. <https://www.thoughtco.com/accluturation-definition-3026039>
- Donnelly, J. (2013). *Los derechos humanos universales en la teoría y en la práctica* (3.^a ed.). Cornell University Press. <http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx5q2>
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Consejo de Europa. <https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights>
- Perelló, C. F. A. (2014). Sobre la ley sobrenatural: acerca de los orígenes de los derechos humanos y la ley natural en la antigüedad. *Fundamina*, 20(1), 15-26. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1021-545X2014000100002&lng=en&tlng=en
- The Persistent power of human. (2013). *Cambridge University* <https://www.cambridge.org/core/books/persistent-power-of-human-rights/D26A23B19102926B4E77B1EDEA3773F1>
- Tadmor, C. T., Galinsky, A. D. y Maddux, W. W. (2012). Sacar el máximo partido a la vida en el extranjero: el biculturalismo y la complejidad integradora como factores clave del éxito creativo y profesional. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(3), 520-542. <https://doi.org/10.1037/a0029360>
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos: Artículo 1. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Naciones. (2006). Convención sobre los Derechos de las cpersonas con discapacidad. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas.(s.f.).Derechos humanos <https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles>
- Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (s. f.). <https://www.unesco.org/en>
- Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (s. f.). La formación de los docentes contribuye a reforzar la igualdad de género. <https://www.unicef.org/ukraine/stories/training-for-teachers-helps-strengthen-gender-equality>
- U.S. News y World Report. (s. f.). Clasificación de los mejores países: se preocupan por los derechos humanos. <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/cares-about-human-rights>
- Informe Mundial 2023. (2023). Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/world-report/2023>

Reflexión final: Los derechos humanos en el contexto del modelo EMPOWER

por Małgorzata Szkup

Este capítulo hace hincapié en el papel fundamental de **los derechos humanos** como base de la igualdad, la dignidad y la justicia en sociedades diversas. Esta perspectiva se alinea firmemente con el modelo EMPOWER, en particular con sus pilares de multiculturalismo, bienestar, profesionalidad, eficacia y recursos educativos.

Los autores demuestran que la protección de los derechos humanos —incluidos el derecho a la salud, la no discriminación, la autonomía del paciente y la privacidad— no solo es una obligación legal de los sistemas de salud, sino también una **responsabilidad ética cotidiana** de los profesionales de la salud. Reconocer la dignidad y el derecho a la igualdad de trato de cada persona refleja la esencia de **una atención culturalmente competente y socialmente justa**, fundamental para la filosofía EMPOWER.

El capítulo también proporciona herramientas prácticas para analizar las violaciones de los derechos humanos en la asistencia sanitaria, mejorando así **las competencias reflexivas y de defensa** de los profesionales. Destaca la necesidad de proteger a los grupos vulnerables, promover la salud comunitaria y construir un diálogo global basado en **el respeto mutuo y la cooperación intercultural**, objetivos que resuenan plenamente en el modelo EMPOWER.

Este capítulo traduce los valores de EMPOWER al lenguaje de los derechos humanos y muestra que ponerlos en práctica es **esencial para prestar una atención ética, eficaz y equitativa en un mundo globalmente conectado**.



¿Quieres profundizar más?

¡Visita la plataforma MultiCultiMed!

Te recomendamos encarecidamente que visites la plataforma educativa MultiCultiMed, donde encontrarás ejercicios interactivos, materiales adicionales y actividades interesantes alineadas con el modelo EMPOWER. Estos recursos te ayudarán a transformar el conocimiento en práctica y a reforzar tus competencias culturales reflexivas.

Explora. Reflexiona. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Lista
de autores



MAŁGORZATA SZKUP

Profesora Titular, Doctora, Máster en Ciencias, Enfermera

Es directora del Departamento de Enfermería Social y vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Médica de Pomerania en Szczecin, Polonia. Es una reconocida académica y profesional en el campo de la enfermería, con casi dos décadas de experiencia.

Su trayectoria profesional ha estado profundamente influenciada por su pasión por la enfermería transcultural, un campo al que se ha dedicado durante los últimos 15 años. El liderazgo de Małgorzata se refleja en su papel como directora del proyecto «MultiCultiMed», que fomenta la educación multicultural moderna para estudiantes de medicina y ciencias de la salud. A través de esta iniciativa, ha logrado establecer un consorcio de seis universidades europeas, mejorando la colaboración internacional en la educación médica transcultural en Polonia, Chipre, Eslovenia, España, Alemania y Ucrania.

Como investigadora comprometida, Małgorzata es autora de más de 100 artículos científicos revisados por pares en revistas nacionales e internacionales. Su defensa de la integración de la enfermería transcultural en la educación y la práctica de la atención sanitaria sigue siendo fundamental en su carrera, contribuyendo al desarrollo de sistemas de salud más inclusivos y culturalmente competentes en toda Europa.

Contacto: malgorzata.szkup@pum.edu.pl

MAŁGORZATA ZIMNY

Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Ciencias

Matrona, especialista en enfermería obstétrica, profesora adjunta en la Universidad Médica de Pomerania en Szczecin, Polonia. Durante muchos años, ha estado involucrada tanto en la educación como en la práctica profesional en el campo de la obstetricia. Combina la experiencia clínica con la actividad docente, formando a nuevas generaciones de especialistas. Su trabajo está guiado por la pasión, la profesionalidad y el compromiso con los altos estándares de atención a las mujeres y las familias.

Autora y coautora de numerosas publicaciones científicas y capítulos de libros. Supervisora de tesis doctorales y de máster, así como revisora de tesis de máster.

Participa activamente en el desarrollo de conocimientos en el ámbito de la salud de la mujer.





MAGDALENA STANKIEWICZ

Máster en psicología

Profesora del Departamento Independiente de Enfermería Comunitaria de la Universidad Médica de Pomerania en Szczecin, Polonia.

Psicóloga, socióloga y psicoterapeuta. Actualmente cursa estudios de posgrado en sexología clínica y evaluación sexológica forense en la Universidad Adam Mickiewicz de Poznań. Está escribiendo su tesis doctoral titulada «La identidad de género a la luz de determinados factores psicosociales».

Dedicada profesionalmente al trabajo clínico y académico en la Universidad Médica de Pomerania en Szczecin, donde imparte clases a estudiantes de medicina y trabaja terapéuticamente con pacientes. Sus intereses científicos se centran en la psicopatología en sentido amplio, la psicología de la identidad de género, la salud mental y los aspectos psicosociales del funcionamiento humano en condiciones de estrés crónico y sobrecarga emocional.

Presta especial atención a la investigación interdisciplinaria sobre los determinantes psicológicos de los trastornos de la personalidad, los mecanismos de defensa y el desarrollo psicosexual humano dentro de un marco biopsicosocial.

MAGDALENA KUCZYŃSKA

Doctora, Máster, Enfermera

Está afiliada al Laboratorio Independiente de Cuidados a Largo Plazo y Medicina Paliativa de la Universidad Médica de Pomerania en Szczecin (Polonia). Formación primaria; enfermera, formación de posgrado: especialista en ética y bioética. Tiene un doctorado en Ciencias de la Salud. Sus intereses científicos se centran en la ética del final de la vida y los aspectos sociohumanísticos de la medicina en sentido amplio, incluida su historia.

En los últimos años, ha ampliado su ámbito educativo y de investigación para incluir la gerontología. Fue coorganizadora del Proyecto Universitario Médico Infantil de la Universidad Médica de Pomerania (DUM PUM), de diez años de duración, que introdujo a los niños de primaria en las complejidades de la medicina. En su vida privada, es admiradora de la obra de Miguel Ángel Buonarroti (Italia) y del arte en sus diversas formas. Mantiene el equilibrio en su vida gracias al contacto con los animales y a la práctica del crochet.





KARMEN ERJAVEC

Profesora, Doctora y Vicerrectora de Investigación

en la Universidad de Novo Mesto, Facultad de Ciencias de la Salud, Eslovenia

La Dra. Karmen Erjavec es profesora titular de Ciencias de la Comunicación y vicerrectora de Investigación en la Universidad de Novo Mesto. Su labor científica y de investigación se centra en la comunicación en el ámbito de la salud, la comunicación empresarial y el análisis del discurso en los medios de comunicación.

Es autora de numerosos artículos científicos y capítulos de libros, especialmente en los campos de la salud, el género y los estudios sobre medios de comunicación. Su trabajo ha sido publicado en revistas de prestigio internacional. Participa en proyectos de investigación nacionales e internacionales, como el estudio comparativo sobre los servicios de cuidados de larga duración en Eslovenia y países vecinos. También es conocida por promover enfoques interdisciplinarios y la aplicación práctica de los resultados científicos en la salud y la educación.

SABINA KRSNIK

Máster en Ciencias Empresariales y Económicas

Es directora del Proyecto y de la Oficina Internacional e investigadora junior en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Novo Mesto, Eslovenia.

Su investigación se centra en la comunicación sobre sostenibilidad, la economía en el ámbito sanitario y la economía empresarial. Es autora de numerosos artículos científicos y colabora activamente en proyectos regionales, nacionales e internacionales destinados a promover la innovación, la inclusión y la colaboración interdisciplinar.

Su trabajo apoya el desarrollo estratégico de alianzas internacionales y mejora la participación de la universidad en iniciativas europeas a través de la coordinación práctica y conocimientos basados en la investigación.





MARIA A. MARCHWACKA

Catedrática en Educación

Trabaja en la Universidad de Ciencias Aplicadas de Ostfalia en Wolfsburg, Baja Sajonia, Alemania. Licenciada en Educación y doctora en Ciencias de la Comunicación, su investigación se centra en temas educativos en el ámbito de la salud. Tras una década como profesora en la Facultad de Ciencias de la Enfermería y de la Salud, actualmente es profesora de formación profesional. Sus intereses académicos incluyen la didáctica de las profesiones sanitarias y el desarrollo organizativo en la Universidad de Ciencias Aplicadas Ostfalia de Wolfsburg.

Además de esta función, supervisa tesis doctorales en la Universidad Vinzenz Pallotti de Vallendar, Renania-Palatinado. Sus principales áreas de investigación abarcan la educación, la formación y la formación continua en las profesiones sanitarias, con especial énfasis en la profesionalidad, la digitalización y la comunicación (intercultural).

OLHA FEDORTSIV

Profesora, Médica, Doctora en Medicina

Profesora en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Medicina Ivan Horbachevsky de Ternópil, Ministerio de Salud de Ucrania, Ternópil, Ucrania.

Autora de más de 300 artículos científicos, 2 monografías, un libro de texto en inglés, 11 manuales, 10 hojas informativas, 7 patentes y 10 propuestas de investigación. Bajo su supervisión, se han defendido con éxito 10 trabajos científicos para la obtención del título de

Fue miembro de los Consejos Académicos Especializados para la defensa de tesis doctorales en las Universidades Médicas Nacionales de Lviv y Estatal de Bucovina. Actualmente, es miembro del Consejo Académico Especializado para Tesis Doctorales de la Universidad Médica Nacional de Ternópil. Durante muchos años, ha sido presidente de la rama de Ternópil de la Asociación de Pediatras de Ucrania. Es miembro del consejo editorial de las revistas «Logros de la medicina clínica y experimental», «Cuestiones de actualidad en pediatría, obstetricia y ginecología», del consejo editorial internacional de la revista «Medical science pulse» (Opole) y del comité científico de la revista «Family Medicine & Primary Care Review» (Wroclaw).

Fue coordinadora de la cooperación entre la Universidad Médica de Silesia (Polonia), la Universidad de Breslavia (Polonia) y la Universidad Médica de Ternópil, y actualmente es coordinadora de la cooperación entre la Universidad Médica de Bialystok (Polonia) y la Universidad Médica Nacional de Ternópil.



VOLODYMYR DZHYVAK

Médico, Doctor en Medicina, Doctor en Filosofía

Especialista en cirugía y cirugía pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Medicina Ivan Horbachevsky de Ternopil, Ministerio de Salud de Ucrania, Ternopil, Ucrania. Autor y coautor de unos 100 artículos científicos, incluidos artículos en revistas nacionales e internacionales (25 artículos indexados en la base de datos Scopus).

Cada año mejora activamente sus habilidades profesionales participando en conferencias internacionales, seminarios y cursos prácticos sobre tecnologías quirúrgicas modernas (Academia Médica de Corea, etc.). Es revisor certificado, lo que confirma su alto nivel de competencia en la evaluación experta de artículos científicos para publicaciones internacionales de primer orden (revisor certificado de Elsevier). Miembro de consejos editoriales y revisor de revistas científicas internacionales (Future Medicine, Deka in Medicine, American Journal of Pediatrics, etc.), donde realiza evaluaciones expertas de artículos científicos sobre temas médicos. Es supervisor de estudiantes que participan en conferencias científicas estudiantiles, en las que ganan regularmente premios y demuestran un alto nivel de formación.



ELENA ROUSOU

Doctora, Máster, Enfermera



Es profesora adjunta de Enfermería Comunitaria en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Chipre. Es doctora en Enfermería Comunitaria y Familiar y Salud Pública y ha participado activamente en diversas iniciativas de investigación.

Su trabajo se centra en la enfermería comunitaria y transcultural, con especial interés en los aspectos relacionados con el género en las poblaciones minoritarias y desfavorecidas. Ha participado en numerosos proyectos europeos, dedicados principalmente a promover una asistencia sanitaria culturalmente competente y compasiva. Desde junio de 2023, es vicepresidenta de la Asociación Europea de Enfermeras Transculturales.

La Dra. Elena Rousou es coordinadora del proyecto MultiCultiMed, en representación del Departamento de Enfermería de la Universidad Tecnológica de Chipre.



PANAGIOTA ELLINA

Doctora, Máster

Es doctora en Investigación de las Desigualdades Sociales en la Calidad de Vida y los Hábitos de Salud de los Residentes de Limmassol, tiene un máster en Enfermería Avanzada en la Comunidad y una licenciatura en Enfermería. Apasionada por la salud pública, la equidad social y la atención comunitaria transcultural, participa activamente en proyectos europeos para promover iniciativas sanitarias inclusivas y de gran impacto.

La Dra. Panagiota Ellina es asistente de investigación del proyecto MultiCultiMed en representación del Ha participado activamente en múltiples proyectos Erasmus, principalmente en las áreas de atención cultural y éticamente competente.

La Sra. Paraskevi Charitou es asistente de investigación del proyecto MultiCultiMed, en representación del Departamento de Enfermería de la Universidad Tecnológica de Chipre.

PARASKEVI CHARITOU

Doctora en Filosofía, Máster en Ciencias Enfermera titulada

Es licenciada en Enfermería y tiene un máster en Enfermería Avanzada y Atención Sanitaria en la Comunidad. Sus intereses de investigación se centran en cuestiones relacionadas con la dignidad de las personas mayores, el maltrato a las personas mayores y la promoción de la salud y la calidad de vida de las personas mayores en la comunidad, especialmente las personas con Alzheimer y demencia. Ha participado activamente en múltiples proyectos Erasmus, principalmente en las áreas de atención cultural y éticamente competente.

La Sra. Paraskevi Charitou es asistente de investigación del proyecto MultiCultiMed, en representación del Departamento de Enfermería de la Universidad Tecnológica de Chipre.



EMILIA BURBELA

Médica, Doctora en Medicina, Profesora Asociada

del Departamento de Enfermedades Pediátricas y Cirugía Pediátrica de la Universidad Nacional de Medicina Horbachevsky Ternopil, Ucrania. Autora y coautora de más de 60 artículos científicos, 11 de los cuales figuran en la base de datos Scopus. Su segunda titulación es en psicología. Su campo de interés es la medicina psicosomática, la psicología clínica y el multiculturalismo en la medicina.

MARZENA MIKŁA

Doctora en Enfermería, Profesora Asociada

Es profesora asociada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Se graduó en la Universidad de Lodz (Polonia). Es doctora por la Universidad de Murcia, obtuvo la mención de honor (Cum Laude) y recibió el Premio Extraordinario de Doctorado de la Universidad de Murcia.

Trabaja como enfermera en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, España. Miembro del Grupo de Investigación E063-04 «Investigación en cuidados avanzados» de la Universidad de Murcia y del Grupo de Investigación en Cuidados de Enfermería Avanzados (ENFERAVANZA) del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla), El Palmar, España. Sus intereses de investigación incluyen la donación y el trasplante de órganos, la enfermería clínica, la enfermería multicultural y la gestión de recursos humanos en enfermería. Es copropietaria de una marca registrada en la Oficina Española de Patentes y Marcas (n.º 4.186.783). Es autora de numerosos artículos científicos.



PALOMA MORAL DE CALATRAVA

Profesora Titular, Doctora



Es profesora titular y miembro del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia. Es licenciada en Historia Medieval (1992), diplomada en Enfermería (1995) y doctora en Historia Medieval (2003). Su investigación se centra en la salud y las prácticas femeninas en la Edad Media, así como en el sexo y las sexualidades medievales. Es autora de numerosos artículos científicos.

Ha sido profesora visitante en varios programas de máster en enfermería en España y fue investigadora visitante en la Universidad de Leeds en 2021. Ha ocupado el cargo de secretaria de la Escuela de Enfermería (1999-2003), secretaria del Departamento de Enfermería (2013-2015 y 2017F-2020) y directora del Departamento de Enfermería (2015-2017). También es miembro de la Asociación Española de Investigación en Historia de la Mujer.



